

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Samantha Antunes dos Reis

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DE TRANSTORNOS ALIMENTARES NO AMBIENTE
ESCOLAR**

Monografia apresentada como pré-requisito para conclusão do curso de Educação Física – Licenciatura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Prof^a. Dra. Flávia Meyer.

Porto Alegre

2015

RESUMO

Estamos vivendo a era da geração saúde, onde ser saudável significa praticar exercício físico, ter bons hábitos alimentares e prevenir-se de doenças crônicas, como obesidade, diabetes tipo 2, e hipertensão. Mesmo assim, pensar em saúde muitas vezes significa pensar em um corpo saudável, e isto, para algumas pessoas, pode estar relacionado à magreza. Ainda existe uma constante valorização do corpo magro como sinônimo de beleza, e que para ser belo é preciso participar de uma busca desenfreada por formas corporais difíceis de serem atingidas. Por este motivo, tem aumentado a prevalência de casos de jovens e até mesmo crianças com transtornos alimentares. Estes são distúrbios psiquiátricos caracterizados por um comportamento alimentar inadequado e por distorções relacionadas à imagem corporal, que atingem predominantemente pessoas do sexo feminino, iniciando na adolescência e, por vezes, se estendendo à idade adulta. Por conta da nova geração de alunos nas escolas, que têm contato com as tecnologias muito mais cedo, e sofrem influência de mídias sociais, sintomas de transtornos alimentares podem estar surgindo mais precocemente. Do ponto de vista de prevenção da gravidade dos transtornos alimentares, é fundamental, portanto que profissionais - seja da educação ou da saúde -, identifiquem sinais e sintomas precoces. **Objetivo:** O presente estudo pretende discutir, através de uma revisão de literatura, o aparecimento precoce dos sintomas de transtornos alimentares na infância e adolescência dentro do ambiente escolar e suas diversas formas de diagnóstico. **Métodos:** O levantamento bibliográfico foi realizado por meio das bases de dados eletrônicas do PubMed e Scielo, utilizando os seguintes termos: “eating disorder”, “adolescência”, “escola” “anorexia nervosa” e “bulimia nervosa”. Ao final foram selecionados 22 artigos que tratavam sobre diversas formas de diagnóstico para transtornos alimentares no ambiente escolar, publicados no período de 2004 a 2015; além do embasamento teórico oriundo de outras pesquisas que estudaram a mesma patologia, realizadas em 2010 (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e 2013 (Universidade Gama Filho). **Conclusão:** Os dados encontrados sugerem que existem diversas ferramentas para diagnóstico dos transtornos alimentares, apontando que é cada vez mais precoce o aparecimento destes sintomas nos ambientes escolares.

PALAVRAS-CHAVE:

Transtornos alimentares. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Escola. Adolescência.

ABSTRACT

We are living in the era of *generation health*, which means being healthy, physically active, having good eating habits and preventing yourself from chronic diseases such as obesity, type 2 diabetes, and hypertension. Still, thinking about health often means thinking in a healthy body, and that, for some people, may be related to thinness. There is still a steady appreciation of lean body as synonymous of beauty, and to be beautiful you need to join a frantic search through hard body shapes to be hit. For this reason, it has been increased the prevalence of cases and even young children have presented eating disorders. These are psychiatric disorders characterized by inappropriate eating behavior and distortions related to body image, which predominantly affect females start in adolescence and sometimes it is extended to adulthood. As long as the new students generation have earlier contact in schools with technologies and are influenced by social media, symptoms of eating disorders may be identified sooner. From the standpoint of preventing the severity of eating disorders, it is essential that professionals – from teaching or healthy areas - identify signs and symptoms. Objective: This study aims to discuss, through a literature review, the early onset of symptoms of eating disorders in children and adolescents within the school environment and their various forms of diagnosis. Methods: The literature review was conducted through electronic databases PubMed and Scielo using the following terms: "eating disorder", "adolescence", "school" "anorexia" and "bulimia". We have selected 22 articles that deal with different forms of diagnosis for eating disorders in the school environment, published between 2004 and 2015; besides, the theoretical foundation come from another research that deals with the same pathology, carried out in 2010 (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) and 2013 (Universidade Gama Filho). Conclusion: The results suggest that there are several tools to diagnose eating disorders that shows how symptoms have increased in school environments.

KEYWORDS:

Eating disorders. Anorexia. Bulimia. School. Adolescence.

LISTA DE ABREVIATURAS

AN - Anorexia Nervosa

BN - Bulimia Nervosa

BSQ – Body Shape Questionnaire

EAT – Eating Attitudes Test

TA - Transtornos Alimentares

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Escala de Figuras de Silhuetas de Stunkard	30
Figura 2 – Escala de Imagem Corporal de Tiggermann e Wilson-Barret	31
Figura 3 – Escala de Silhuetas para Adultos Kakeshita	32
Figura 4 – Escala de Silhuetas para crianças Kakeshita	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	OBJETIVOS	9
1.1.1	Objetivo geral	9
1.1.2	Objetivos específicos	9
2	METODOLOGIA	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	TRANSTORNOS ALIMENTARES	11
3.1.1	Anorexia Nervosa	13
3.1.2	Bulimia Nervosa	15
3.2	TRANSTORNOS ALIMENTARES NA IDADE ESCOLAR	18
3.2.1	Insatisfação com a Imagem Corporal	18
3.2.2	Maturação Sexual	21
3.2.3	Manifestações Precoces.....	24
3.3	INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NO AMBIENTE ESCOLAR	28
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	36
	ANEXOS	42
	ANEXO A - Eating Attitudes Test (EAT-26)	42
	ANEXO B - Body Shape Questionnaire (BSQ)	43

1. INTRODUÇÃO

Vivemos em uma sociedade que cobra das pessoas um padrão de beleza e forma corporal, e a magreza faz parte destes padrões. Esta intensa pressão em ser magro pode auxiliar no aparecimento de uma série de problemas, como, por exemplo, os Transtornos Alimentares (TA), que são transtornos psiquiátricos caracterizados por comportamento alimentar não adequado e distorções relacionadas com a imagem corporal. Estes causam efeitos danosos ao bem estar, ao estado nutricional e complicações clínicas e psíquicas graves. Segundo Herscovici (1996), os TA estão relacionados com uma conduta impulsiva, compulsiva e obsessiva de pessoas com grande preocupação com a aparência física. Porém, estas condutas adquiridas servem para que a pessoa se sinta melhor consigo. Assim, a autodestruição é uma consequência e não um objetivo dos TA.

O presente estudo trata de TA, um grave problema na sociedade atual, cuja incidência vem aumentando nas últimas décadas, atingindo predominantemente o sexo feminino. A ocorrência desta enfermidade pode variar da adolescência à idade madura, mas o aparecimento dos primeiros sintomas vem acontecendo de forma precoce ainda em idade escolar. Este trabalho irá abordar os TA através de duas principais classificações: a Anorexia Nervosa (AN), que entre 90 e 95% dos casos atinge mulheres, e o início dos sintomas, em média, se dá a partir dos 15 anos, atingindo aproximadamente 0,5% da população geral (embora exista a suspeita do aumento de tais números). A outra classificação dos TA é a Bulimia Nervosa (BN), que surge na mesma faixa etária, porém com maior incidência sobre a população, em torno de 3 a 7%, com predomínio (cerca de 90%) dos casos identificados no sexo feminino. Tal número, entretanto, talvez não represente a realidade da doença, uma vez que ela está cercada de preconceitos e por ser constrangedor para o indivíduo confessar seu problema.

Apesar de o fenômeno não ser visto como uma doença grave, este deve ser levado em consideração, visto que 10% dos casos de AN que requerem internação para tratamento (geralmente em hospitais) morrem por inanição, desequilíbrios sistêmicos e metabólicos, ou até mesmo suicídio. O indivíduo com BN pode correr

ainda maiores riscos, na medida em que, como não há significativas alterações corporais, o problema não é prontamente identificado por aqueles que o rodeiam.

Tendo em vista que os TA são um problema de Saúde Pública que potencialmente poderia ser atenuado ou prevenido, este estudo discute, baseado em dados de uma revisão de literatura, o aparecimento precoce de sintomas de TA na infância e adolescência dentro do ambiente escolar e suas diversas formas de diagnóstico.

O interesse em realizar a presente pesquisa deve-se ao aumento da incidência dos TA junto ao público com o qual profissionais de Educação Física convivem rotineiramente. A escolha desse tema também originou-se da vontade em seguir a linha de pesquisa de trabalhos anteriores que já desenvolvi em 2010 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul: “Imagem corporal em pacientes com transtornos alimentares: um auxílio no tratamento através da Educação Física”; e em 2013 pela Universidade Gama Filho: “Educação Física na prevenção, tratamento e manutenção de recaídas nos transtornos alimentares”.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Discutir a identificação de características precoces e fatores de risco de crianças e adolescentes com TA.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Relacionar a insatisfação com a imagem corporal como sintoma desencadeador dos TA na infância e adolescência.
- b) Associar o aparecimento precoce dos TA, na infância e adolescência, à idade de maturação sexual.
- c) Descrever as ferramentas para diagnóstico de TA no ambiente escolar através de questionários e escalas de figuras.

2. METODOLOGIA

Esta monografia analisou a produção científica que objetivou identificar métodos eficientes de diagnóstico para TA na idade escolar. Para tanto, procedeu-se a busca informatizada utilizando-se das bases de dados eletrônicas do PubMed e Scielo, com os seguintes termos: “eating disorder”, “escola”, “adolescência”, “anorexia nervosa” e “bulimia nervosa”. Desta pesquisa, foram selecionados os artigos a partir da leitura dos seus respectivos resumos, além do embasamento teórico oriundo de outras pesquisas que estudaram a mesma patologia: em 2010 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul: “Imagem corporal em pacientes com transtornos alimentares: um auxílio no tratamento através da Educação Física”; e em 2013 pela Universidade Gama Filho: “Educação Física na prevenção, tratamento e manutenção de recaídas nos transtornos alimentares”.

As listas de referências de artigos relevantes também foram verificadas quanto a estudos de intervenção, e os números publicados nos últimos 12 meses de revistas como por exemplo: *International Journal of Eating Disorders*, *Health Education Research*, *Health Promotion International*, *Eating Behaviors*, *Exercise and Sport Sciences Reviews*, *The New England Journal of Medicine*, *Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica*, *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

Ao final, foram selecionados 22 artigos, publicados no período de 2004 a 2015, que preenchiam o critério de inclusão, ou seja, tratavam as diversas formas de diagnóstico para transtornos alimentares no ambiente escolar. Foram incluídos outros artigos utilizados em pesquisas anteriores e excluídos da pesquisa os artigos que não tinham como tema central o ambiente escolar, e que tratavam especificamente de outro tipo de tratamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão aborda inicialmente os principais sintomas e a epidemiologia dos TA, para, posteriormente, relacionar este assunto aos diferentes testes para diagnóstico no ambiente escolar.

3.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Nas últimas décadas, temos observado que as pessoas têm se preocupado cada vez mais em estar dentro dos padrões de beleza impostos pela sociedade:

A mídia e o imaginário coletivo parecem estabelecer uma estreita relação entre a forma do corpo e a saúde, como se todos os regimes, dietas, exercícios físicos pudessem ser utilizados no sentido do indivíduo cuidar-se melhor, tornando-se mais saudável (ROMARO e ITOKAZU, 2002, p. 407).

Estes padrões são, em sua maioria, baseados na busca pela magreza, pelo menor tamanho e peso corporal. Assim, as pessoas que almejam esta imagem estão sujeitas a uma série de riscos, como, por exemplo, os TA, que vêm aumentando as taxas de morbidade e morbimortalidade.

Os TA são síndromes comportamentais amplamente estudadas nos últimos 30 anos (CLAUDINO e BORGES, 2002). O modelo etiológico mais aceito é o multifatorial, no qual vários fatores – biológicos, psicológicos e sociais – estão envolvidos e inter-relacionados (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000). Nos TA ressaltam-se dois principais diagnósticos: a AN e a BN. Segundo Claudino e Borges (2002), embora classificados separadamente, os dois transtornos estão inter-relacionados por apresentarem uma psicopatologia comum. As mesmas autoras destacam as principais características em comum na AN e BN:

[...] Ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmas baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com o qual se mostram sempre insatisfeitas (CLAUDINO e BORGES, 2002, p.7).

Os indivíduos que apresentam comportamento de risco para TA são aqueles que possuem uma relação ruim com seu próprio corpo, ou seja, são insatisfeitos com a imagem corporal, possuem baixa autoestima, pouca satisfação com a vida, além da preocupação com o peso e alto medo de engordar. Segundo Grillo e Silva (2004):

Inicialmente, esses transtornos eram considerados próprios de mulheres jovens e brancas das camadas sociais mais altas. Nos países industrializados, essas condições têm sido observadas cedo na vida e não têm sido exclusivamente de mulheres ricas e brancas, embora a ocorrência no sexo feminino seja muito maior (GRILLO E SILVA, 2004, p.24).

Alguns dados indicam que a população mais vulnerável é a das meninas em idade colegial, das classes socioeconômicas média e alta. Entre 0,2 e 1,0% dessa população desenvolve AN e cerca de 4%, BN (HOCK e HOEKEN, 2003). Geralmente, é através dos TA que as adolescentes denunciam o extremismo da forma de pensar, sentir e experimentar o corpo em nossa sociedade, ou seja, uma forma conturbada de expressar-se e revelar-se para o mundo através da sua relação com os hábitos alimentares (IDA, 2008).

3.1.1 Anorexia nervosa

A AN caracteriza-se pela recusa do indivíduo a manter o peso corporal na faixa normal mínima, pelo temor intenso de ganhar peso, pela perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo (insatisfação e distorção da imagem corporal) e por distúrbios endócrinos (amenorreia em mulheres pós-menarca e perda do interesse e potência sexual em homens) (APA, 2000). A prática de exercícios físicos é frequente e, muitas vezes, excessiva com o intuito de queimar calorias e reduzir o peso corporal, bem como o uso de dietas rígidas. O Índice de Massa Corporal (IMC) na AN é igual ou inferior a 17,5 kg/m². Os sintomas da doença não se deixam transparecer de imediato:

Gradativamente, as pacientes passam a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses e levando ao gradativo isolamento social. O curso da doença é caracterizado por uma perda de peso progressiva e continuada. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000, p.30).

Existem outros sintomas que estão relacionados à AN como a depressão, insônia, o isolamento social, a perda de interesse sexual, a irritabilidade e mudanças de humor. As características mais comuns da pessoa com AN, segundo Herscovici, (1996) são perfeccionismo, pensamentos fixos vinculados ao comer, vergonha de comer em público, necessidade de controlar o entorno, além de iniciativa, expressão emocional e espontaneidade nas relações sociais escassas. A média de idade da manifestação da AN é 15 anos, embora a curva de idade apresente dois picos: o primeiro aos 13-14 anos, quando as modificações da puberdade fazem com que a adolescente se volte para sua imagem corporal; o segundo, aos 17-18 anos, quando a jovem inicia uma fase de autonomia mais marcante em seu cotidiano. Um importante estudo aponta que:

Os adolescentes com AN também podem apresentar grandes instabilidades no humor, que podem inclusive ser uma causa da depressão. Portanto, a atenção deve ser redobrada com os pacientes com TA associados a distúrbios de personalidade, que têm maior chance de piora, podendo até mesmo tentar o suicídio ou auto-mutilação em certos momentos (SOUZA-KANESHIMA et al, 2006, p. 124).

Quanto à classificação da AN, ela pode se subdividir em dois tipos: tipo restritivo, no qual não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito autoinduzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas); e tipo purgativo, marcada por episódios de compulsão alimentar e/ou purgação. Segundo Appolinário e Claudino (2000) este TA pode complicar o quadro clínico do indivíduo:

A associação dos transtornos alimentares com outros quadros psiquiátricos é bastante frequente, especialmente com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e/ou transtorno de personalidade, mesclando os seus sintomas com os da condição básica e complicando a evolução clínica (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000, p.30).

Cordás et al. (1998, p. 20) apresentam algumas das principais complicações clínicas relacionadas à demasiada perda de peso:

- a) caquexia: perda de gordura, massa muscular, intolerância ao frio e dificuldades para manter a temperatura corporal básica;
- b) cardiológicas: arritmias, insuficiência cardíaca congestiva e parada cardíaca;
- c) gastrintestinais: diminuição da motilidade gástrica, pancreatite, alterações de enzimas do fígado e alterações da função renal;
- d) endócrinas: hipotireoidismo, amenorreia e osteoporose;
- e) dermatológicas: lanugo (cabelos finos pelo corpo) e edemas;
- f) hematológicas: leucopenia (diminuição de glóbulos brancos do sangue).

3.1.2 Bulimia nervosa

A etiologia da BN está relacionada a fatores biopsicossociais, ou seja, a pessoa que desenvolve o quadro sintomático, em geral, valoriza a forma física e o controle do peso corporal, apresentando uma distorção da imagem corporal e uma dificuldade em identificar as emoções. Romaro e Itokazu (2002) definem BN por frequentes episódios de compulsão alimentar, seguidos da utilização de estratégias para “eliminar” as calorias ingeridas devido ao sentimento de culpa posterior a estes períodos.

O sintoma da compulsão alimentar geralmente é decorrente de uma dieta para emagrecer e pode ocorrer em todo momento que haja sentimentos negativos. Appolinário e Claudino (2000) relacionam dois aspectos à BN: aspecto comportamental que se refere ao comer uma quantidade exagerada quando comparado a pessoas em condições normais, e um componente subjetivo que é a sensação de total falta de controle sobre o seu próprio comportamento. A quantidade de calorias ingeridas pode sofrer grandes variações, mas em média oscila de 2 mil a 5 mil calorias (NUNES et al., 2006). Para gerar um alívio após esta alta ingestão de alimentos, o vômito autoinduzido é o método compensatório mais utilizado, cerca de 90% dos casos. Sua frequência pode variar de uma a dez vezes ou mais por dia. No começo do transtorno a paciente necessita do dedo ou de objetos na garganta para induzir o vômito, e com a evolução da doença, a paciente aprende a realizar a manobra sem auxílio de estimulação mecânica. Os episódios bulímicos são descritos a partir de:

Grande quantidade de ingestão de comida, geralmente gordura ou açúcares, o qual geralmente é feito rapidamente, sem saborear, às escondidas. Os desencadeadores destes episódios são a fome, a ansiedade, o aborrecimento, etc., e finaliza-se devido ao mal-estar abdominal, a interrupção externa de outra pessoa ou por recuperação do controle, e é seguido por sentimentos de culpa e fracasso (HERSCOVICI, 1996, p. 111).

As estratégias compensatórias podem ser através de métodos purgativos (autoindução de vômitos ou uso indiscriminado de laxantes, diuréticos ou enemas) e não purgativos (jejuns e exercícios físicos excessivos). Há, também, uma autoavaliação dos indivíduos pela forma e peso do corpo (APA, 2000). Normalmente, as pessoas com BN estão dentro do peso sugerido para sua estrutura ou até mesmo acima do peso e IMC normal. Isto é o que difere os portadores de BN dos de AN, que possuem peso abaixo do indicado e IMC menor que 17,5 kg/m².

O indivíduo com bulimia caracteriza-se por baixa autoestima, prejuízo no controle dos impulsos, sejam ansiedades, frustrações, tristezas, tédio e solidão. É uma pessoa tradicionalmente insegura e, por isso, elege como meta padrões estéticos inatingíveis, tendo a magreza como sinônimo de sucesso e beleza. Ao descobrir que não atingiu suas metas, sente-se deprimida, fracassada e retorna à compulsão com sentimento de culpa. Comumente, ela sente vergonha de seu transtorno, tentando, primeiramente, negar, depois ocultar, dissimular os sintomas e, por isto, apresenta dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Segundo Cordás et al. (1998, p. 30-31), dentre as principais comorbidades clínicas associadas a BN podemos ressaltar:

- a) cardiovasculares: hipertensão arterial, arritmias e alterações no eletrocardiograma;
- b) deficiências de vitaminas e sais minerais: perdas de potássio, magnésio e cálcio pela purgação ou falta de ingestão causam sérios problemas e podem explicar a fraqueza e a indisposição frequentes. O uso de diuréticos pode causar edemas;
- c) endócrinas: inibição do funcionamento da glândula tireoide quando as pacientes utilizam hormônio tireoideano para reduzir peso, que pode aumentar, aparecendo como “um caroço no pescoço” (bócio) ou sendo detectado como hipotireoidismo com dosagens sanguíneas;

- d) renais: incapacidade de concentrar e reter adequadamente a urina, além de favorecer infecções urinárias, devido ao uso abusivo de diuréticos, perda de potássio e outros eletrólitos;
- e) dentárias: alteração do esmalte dentário, podendo ser mais grave quando houver vômitos frequentes e gerar cáries numerosas, perda dos dentes e doença gengival grave;
- f) gastrintestinais: esofagias, gastrites e úlceras;
- g) neurológicos: tremores, confusões e tonturas;
- h) pulmonares: aspiração do vômito pelos pulmões pode causar pneumonias.

Convém lembrar que, quanto mais precoce o reconhecimento do problema – pelo paciente e por familiares – e mais rápido o atendimento médico especializado e multidisciplinar, menores as chances de complicações graves ou fatais.

3.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES NA IDADE ESCOLAR

3.2.1 Insatisfação com a Imagem Corporal

A imagem corporal, segundo Scherer e colaboradores (2010), é a formação multidimensional que envolve a percepção corporal, o desenho que uma pessoa tem em sua mente em relação ao tamanho, imagem e formas corporais, juntamente com os sentimentos que ela possui em relação a isso. No entanto, essas percepções podem ou não corresponder à realidade. A insatisfação com a imagem corporal tem início em idades mais jovens e é fortemente influenciada por aspectos socioculturais. Um estudo realizado com 325 escolares de 11 a 14 anos em Santa Maria/RS por Scherer e colaboradores (2010), apontou que 75,8% das adolescentes estavam insatisfeitas com a sua imagem corporal, e 61,5% delas apresentaram o desejo de reduzir o peso corporal.

Em estudo com 144 estudantes do sexo feminino, com idade de 9 a 20 anos, da cidade de São Bonifácio/SC, Martins e Petroski (2015) identificaram a insatisfação com a imagem corporal, sua prevalência e correlação aos TA, concluindo que a prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi de 26,4%, e que as adolescentes com risco de TA apresentaram 7,15 vezes mais chances de estarem insatisfeitas. Isso aponta a importância de um planejamento e da implementação de estratégias nas escolas que visem promover uma maior satisfação corporal na adolescência feminina a fim de prevenir TA nesta população.

Halpern e colaboradores (2013) investigaram a prevalência de sintomas de TA em 1.417 escolares do 6º ano de 22 escolas da rede municipal de uma cidade serrana do Rio Grande do Sul e encontraram uma prevalência de 33,1% para sintomas de TA, sendo que as meninas apresentaram maior prevalência (39,6%) com média de idade de 13 anos (35,8%); já os meninos apresentaram 45% menos chances de estarem com sintomas de TA em relação às meninas. Os mesmos autores salientam que:

A população feminina adolescente e adulta é a mais atingida com sintomas de TA numa proporção que chega, em certos estudos, há 20 casos em mulheres para um caso em homens, embora haja evidências de uma diminuição da diferença entre os sexos (HALPERN et al, 2013, p. 6).

Os escolares insatisfeitos com a imagem corporal apresentaram 69% mais chances de estarem com sintomas de TA em relação aos escolares satisfeitos. Cubrelati e colaboradores (2014), em estudo com 139 adolescentes com idade entre 15 e 17 anos de um colégio estadual de uma cidade de pequeno porte do noroeste do Paraná, concluíram que as meninas nesta faixa etária são mais predispostas para o desenvolvimento de distúrbio da imagem corporal e risco de TA do que meninos.

Souza-Kaneshima e colaboradores (2006), estudaram a ocorrência de AN e distúrbio da imagem corporal em 187 estudantes de 15 a 19 anos de idade do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá no Paraná e concluíram que, apesar de muitos adolescentes entrevistados estarem enquadrados no padrão de normalidade segundo o IMC, estes estão insatisfeitos com sua aparência. Neste estudo, somente 34,2% das adolescentes do sexo feminino não apresentaram distúrbio da imagem corporal segundo a auto-escala *Body Shape Questionnaire* (BSQ); as demais entrevistadas apresentam distúrbio leve, moderado ou grave, sendo que somente 14,5% das adolescentes deste grupo de insatisfeitas realmente eram portadoras de sobrepeso ou obesidade. Já entre os adolescentes meninos, a presença do distúrbio de imagem corporal foi bem menor, ficando entre 18,6%. Estes foram classificados como eutróficos (10%) e com sobrepeso ou obesos (8,6%); e aqueles adolescentes classificados como portadores de desnutrição ou na faixa limítrofe da desnutrição não apresentaram distorção corpórea. Isso demonstra o quanto a insatisfação corporal está associada ao sobrepeso, tendo em vista que nas sociedades ocidentais contemporâneas, o preconceito contra a obesidade é, sem dúvida, muito forte, porque o culto à magreza está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social. Porém, este nem sempre é fator determinante para o aparecimento da insatisfação com a imagem corporal, uma vez que até em populações de atletas é possível visualizar tal condição.

Os sintomas de TA estão se tornando cada vez mais precoces: “As crianças que têm obesidade, risco de obesidade e estão abaixo do percentil 15, são as que possuem os maiores índices de insatisfação corporal” (TRICHES e GIUGLIANI, 2007, p. 125). Neste caso, o adolescente demonstra constante preocupação com seu peso, visando um ideal de beleza, e a não aceitação do corpo pode levá-lo a sentir-se excluído da sociedade.

A inadequação nutricional representa um forte indicador de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino. Um estudo conduzido por Corseuil e colaboradores (2009) com 180 adolescentes do sexo feminino matriculadas em uma escola da rede privada de ensino no município de Três de Maio/RS, com idade entre 10 e 17 anos, mostrou que 85% delas estavam insatisfeitas com a imagem corporal, sendo que 71,7% destas apresentavam o desejo de reduzir o tamanho corporal, enquanto que apenas 13,3% desejavam aumentá-lo. Independente da idade, tanto o IMC quanto o percentual de gordura inadequados representaram fortes indicadores de insatisfação com a imagem corporal.

A insatisfação corporal segundo Triches e Giugliani (2007) é um problema que afeta ambos os sexos, embora de formas diferentes; as meninas são mais propensas a relatar insatisfação com o corpo que os meninos. Além disso, elas preferem ser mais magras, seguindo o ideal de beleza da boneca *Barbie*, que representa o ideal de magreza feminino. Por sua vez, os meninos querem um corpo maior, não significando um desejo de ter mais gordura corporal, mas sim, porte atlético, desejando aparentar um maior desenvolvimento muscular, veiculado por bonecos representando super-heróis, o que os leva a serem conceituados e analisados separadamente. No estudo de Fidelix e colaboradores (2011), com 405 adolescentes de idade entre 14 e 17 anos, que frequentavam escolas públicas de ensino fundamental e médio localizadas na zona rural e urbana do município de Januária/MG, a prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi de 56,5%, taxa considerada elevada e semelhante à reportada em outras cidades brasileiras. Neste estudo, o sexo masculino mostrou-se mais insatisfeito com sua imagem corporal, desejando um corpo mais forte e atlético. A idade e a zona de residência não estiveram associadas à insatisfação com a imagem corporal, e,

independentemente delas, concluiu-se que todos estão expostos ao descontentamento com a imagem corporal. Atrelados a esse contexto, a literatura tem demonstrado que a manifestação com a insatisfação corporal ocorre em todas as fases da vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos.

3.2.2 Maturação sexual

A imagem corporal sofre mudanças no decorrer da maturação, que na fase da adolescência pode ser representada pela menarca, pois o corpo passa por diversas transformações decorrentes da puberdade. A ocorrência da menarca provoca o aumento dos depósitos de gordura, e as transformações físicas decorrentes da puberdade podem gerar sentimentos negativos em relação ao próprio corpo.

A adolescência é marcada pelo crescimento e pelo desenvolvimento acelerado. Trata-se de uma fase da vida em que ocorrem profundas mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, e que requer adaptações para a adoção de novas práticas, comportamento e autonomia para a vida adulta:

Durante a adolescência as transformações biológicas e de personalidade acontecem simultaneamente, assim, juntamente com o corpo, a imagem mental também se modifica, logo, o adolescente começa a idealizar uma imagem corporal ideal não correspondente à sua imagem corporal real (ZORDÃO et al, 2015, p. 48).

É uma fase em que se imagina um corpo ideal que, no entanto, nem sempre corresponde ao corpo real, e quanto mais este estiver longe do ideal, maior será a possibilidade de comprometer a autoestima e de desencadear uma distorção de imagem corporal. Por isso, é preciso estar atento ao desenvolvimento maturacional em adolescentes, para que mediante orientações de profissionais ocorra maior aceitação corporal nesta fase da vida, pois a diversidade e a intensidade dessas mudanças, aliadas a atitudes de rebeldia, à tentativa de independência, ao desejo

de transgressão e à falta de preocupação com um futuro distante, podem influenciar os hábitos alimentares e outros comportamentos dos adolescentes que podem repercutir sobre sua saúde e bem estar. O professor de educação física pode ser, assim, um ótimo interceptor entre o adolescente e a sua saúde, pois ele além de criar um vínculo afetivo com o aluno, possui ferramentas para intervir corporalmente nas aulas de educação física. Além disso, Halpern e colaboradores destacam que:

A maioria dos estudos alertam para a necessidade de investimentos em programas de educação nutricional inseridos no ambiente escolar com o objetivo de promover mudanças nos conceitos de imagem corporal, conscientizar sobre os prejuízos que os comportamentos assumidos para redução de peso podem desencadear na saúde, além de orientar para hábitos alimentares mais saudáveis (HALPERN et al, 2013, p. 7).

Muitas vezes, a presença da menarca e sua ocorrência em idades mais precoces fazem com que as adolescentes apresentem desejo maior de perder peso. O já citado estudo realizado com as adolescentes escolares em Santa Maria/RS mostrou que das 325 adolescentes que participaram, em 67,4% já havia ocorrido a menarca. Nestas, a média de idade da menarca foi de 11,5 anos, com idade mínima de 9 e máxima de 14 anos. Os sintomas de TA estiveram presentes em 26,6% das escolares analisadas pela escala de silhuetas corporais e Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). Neste mesmo estudo, das adolescentes que desejavam aumentar o peso corporal e, também, entre as satisfeitas com a imagem corporal, houve maior proporção de adolescentes não maturadas. Em contrapartida, naquelas que desejavam reduzir, a maioria delas era maturada. Logo, é possível estabelecer uma associação entre a percepção da imagem corporal e o acontecimento da menarca. Também há uma associação da imagem corporal com a faixa etária em que esta ocorreu, pois, entre as adolescentes que desejavam reduzir o peso corporal, a maior parte delas teve a menarca com 11 anos ou menos. Alves e colaboradores (2008) alertam que a AN antes da menarca:

É manifestada 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 agravo da doença, é observada uma parada no crescimento estatural, o que pode dificultar o alcance do potencial genético para estatura (ALVES et al, 2008, p. 509).

Após a menarca, em função da maior atuação dos hormônios estrogênio e progesterona, há um maior incremento de gordura corporal nas adolescentes, o que conduz a maioria delas a apresentar o desejo de perder peso devido a uma maior insatisfação com sua imagem. Essas mudanças corporais conduzem a necessidade de adaptação da adolescente à nova imagem:

Geralmente esse processo resulta em insatisfação com algumas áreas do corpo e com o peso, exigindo mudanças no comportamento alimentar que visem ao controle de peso. (...) As mudanças naturais advindas da puberdade e do evento da menarca representam um fator de risco para AN que, quando associado a outros fatores, pode desencadear o TA (ALVES et al, 2008, p. 510).

Todavia, para Scherer et al (2010), as relações entre imagem corporal, menarca e TA têm sido pouco exploradas em adolescentes brasileiras, demonstrando a necessidade de investigar essas questões, a fim de fornecer subsídios aos programas de intervenção na imagem corporal, visando à prevenção de TA. No entanto, 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).

3.2.3 Manifestações precoces

Com o aumento da incidência dos distúrbios relacionados à obesidade e aos padrões inadequados de conduta alimentar em idades cada vez mais precoces, cresce também a preocupação em investigar as variáveis associadas, os fatores desencadeantes e as possibilidades de intervenção preventiva em relação a esses distúrbios ainda na infância (MARTHENDAL, SHIMIZU e AZEVEDO, 2014; HALPERN et al, 2013; KAKESHITA et al, 2009).

A preocupação com o corpo na adolescência vem sendo tema de diversas pesquisas na área do comportamento alimentar e da imagem corporal, pois surgem na fase da pré-adolescência. Já ao redor dos 7 anos de idade, as preocupações acerca do peso começam a se manifestar e, em particular, o desejo de emagrecer nas meninas já emerge aos 6 anos de idade, momento em que as crianças adquirem percepções culturais de atividade física semelhante às dos adultos. Segundo Triches e Giugliani (2007) o desejo de emagrecer aumenta com a idade, enquanto que o de engordar diminui. Este tema suscita questões relativas à influência dos fatores ambientais e socioculturais na insatisfação com a imagem corporal desde a infância, tais como a idade a partir da qual essa influência é crítica quando a internalização dos modelos de corpo ideal passam a interferir na construção da identidade e da autoimagem e a gerar preocupações com o peso e a forma corporal (KAKESHITA et al, 2009, p. 263).

A preocupação da própria criança com o peso, independentemente do estado nutricional e do sexo, pode afetar a satisfação corporal, o que nos leva a refletir que a insatisfação com o corpo, mesmo em crianças com peso adequado, faz com que haja preocupação excessiva com o peso já em idade muito precoce:

As adolescentes na faixa etária dos 10 aos 13 anos estão em uma fase de exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento do TA; faixa marcada pela presença de preocupação com a imagem corporal e atitudes para redução de peso, atualmente mais comuns desde o final da infância e

início da adolescência. (...) tendência precoce do desenvolvimento de AN nos últimos anos, observada pelo aumento do número de casos em idades mais novas (ALVES et al, 2008, p. 509).

Os TA estão se mostrando cada vez mais comuns na infância e na adolescência, pois a insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino vem ocorrendo em idades cada vez mais precoces, o que torna um sério problema de Saúde Pública. Em seu estudo, Castro e colaboradores (2010) encontraram atitudes de controle de peso e práticas extremas para redução de peso frequentes mesmo em indivíduos com estado nutricional normal. Este problema pode ser atribuído principalmente ao ambiente familiar e à exposição aos meios de comunicação de massa:

A influência da mídia, fortalecida pela globalização e pela sociedade, enfatiza a contradição entre o apelo ao estilo de vida saudável ao mesmo tempo em que se enaltece o ideal de magreza e se incentiva o consumo de alimentos calóricos (GONÇALVES et al, 2013, p.97).

Além disso, a mídia cria padrões de beleza que desconsideram os aspectos da saúde. Sendo assim, a disparidade que existe entre o observado na mídia e o desejado para si pode levar à insatisfação, acarretando comportamentos alimentares inadequados que visam a mudança da sua forma corpórea.

Como citado anteriormente, a influência do ambiente familiar pode determinar o comportamento para TA de crianças e adolescentes. Por exemplo, existe maior internalização do ideal de beleza pela criança quando a mãe estimula o emagrecimento insistentemente: “Os pais são influências importantes, em relação à aparência de seus filhos até os primeiros anos da adolescência” (TRICHES e GIUGLIANI, 2007, p. 126). Também, a individualização das refeições pelos membros da família com consumo de alimentos diferentes, em locais e horários distintos, pode ser resultado tanto de excesso de atividades dos adolescentes, quanto da desordem alimentar no âmbito familiar.

Sobretudo, os pacientes com TA tendem a esconder os sintomas de sua doença, o que pode oferecer problemas para o diagnóstico precoce. Por isso, é importante desde as consultas com o pediatra, que haja um questionamento a respeito dos padrões alimentares em pré-adolescentes e adolescentes e a satisfação com a aparência do corpo. Deve-se aferir o peso e a altura para acompanhar a curva de crescimento, pois uma desaceleração no aumento do peso pode ser a primeira pista para o diagnóstico. A respeito do peso, Grillo e Silva (2004) dizem que o pediatra deve saber quando e qual foi o peso máximo da sua paciente, qual é o peso desejado, com que frequência se pesa, como se sente em relação ao peso, quando começou a perdê-lo e que medidas têm sido usadas para controlá-lo. Com os adolescentes, é importante perguntar a idade em que ocorreu a menarca e a regularidade dos ciclos menstruais, a preferência por comer sozinha, a escolha de poucos alimentos, os rituais ao comer, como preferência por determinados pratos ou talheres, comer em uma ordem rígida, combinações inusuais de alimentos, a ingestão excessiva de líquidos ou mastigar gelo ou goma de mascar em excesso podem ser pistas para o diagnóstico. Quanto mais precoce for este diagnóstico, mais rapidamente podem-se inserir as intervenções terapêuticas e melhor será o prognóstico em longo prazo, tendo em vista que esta doença pode causar uma série de danos na vida social do adolescente:

Quando o começo do TA ocorre durante a adolescência, tais transtornos prejudicam as relações sociais e familiares, e a idealização suicida torna-se mais comum. O início da atividade sexual antes dos 16 anos também é mais frequente em adolescentes com TA. Além disso, jovens do sexo feminino com histórico de TA apresentam mais chances de aborto ou gravidez (GONÇALVES et al, 2013, p. 97).

Os TA normalmente têm início na adolescência, mesmo assim Gonçalves e colaboradores (2013) encontraram estudos que apontam casos de AN a partir dos sete anos de idade. Como esta é uma fase de crescimento, quando há diminuição da ingestão de alimentos, existe o risco de comprometimento da saúde. Quando a AN se manifesta na pré-puberdade, ou infância, os pacientes podem ter atraso na maturação sexual, no desenvolvimento físico e no crescimento, não atingindo a

estatura esperada. A incidência de AN no sexo masculino pode ser maior antes da puberdade, por outro lado, a BN é rara antes da adolescência.

3.3 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NO AMBIENTE ESCOLAR

A AN pode ser diagnosticada através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DETM-IV), que inclui como critérios os seguintes pontos: amenorreia, peso abaixo de 85% do mínimo esperado para a idade e altura, distúrbios no reconhecimento do próprio peso e medo intenso de ganhar peso (GONÇALVES et al, 2013, p. 97). Este mesmo manual apresenta como diagnóstico para BN quando o indivíduo passa por episódios de compulsão e compensação duas vezes por semana por no mínimo três meses.

Devido à importância epidemiológica dos TA, há a necessidade de ampliar as investigações com a utilização de instrumentos específicos para seu rastreamento, a fim de que os processos de intervenção e prevenção sejam efetivos e precoces. Segundo Marthendal, Shimizu e Azevedo (2014), os questionários autopreenchíveis são recomendáveis pela facilidade de administração, eficiência e economia no rastreamento de TA na população. Dentre os questionários mais utilizados no levantamento de estudos desta pesquisa estão o *Eating Attitudes Test* (EAT-26), que apresenta uma versão em português, o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26).

O EAT-26 foi desenvolvido inicialmente como um teste para diagnosticar AN, e rapidamente tornou-se o teste mais aplicado às disfunções alimentares em geral, dada a sua facilidade de aplicação, eficiência, economia e à não necessidade de treinamento para a sua administração. Ele está disponível na versão de 26 ou 40 questões, “da escala original de 40 itens, os autores excluíram 14, por serem redundantes e não aumentarem o poder preditivo da escala, constituindo assim o EAT-26” (VILELA et al, 2004). Consiste em um questionário de autorrelato utilizado para avaliar comportamentos alimentares inadequados, que indica a presença de padrões alimentares anormais e fornece um índice de gravidade de preocupações típicas de pacientes com TA. Ressalta-se que o questionário isolado não possui poder de diagnóstico, mas serve para a triagem de novos casos e, de certo modo, para a avaliação da gravidade dos sintomas alimentares, detectando casos clínicos

em populações de alto risco e identificando indivíduos com preocupações anormais com relação à alimentação e peso.

O questionário EAT-26 contempla 26 itens, em escala do tipo *Likert*, distribuídos em três escalas: escala da dieta (13 itens que refletem recusa a ingestão de comidas de alto teor calórico e preocupações com a forma física), de BN e preocupação dos alimentos (6 itens que identificam pensamentos sobre comida e atitudes bulímicas) e do controle oral (7 itens que se referem ao autocontrole em relação à comida e reconhecem pressões sociais no ambiente para ganhar peso) (ANEXO A). Cada questão apresenta seis opções de respostas: sempre, muito frequente, frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca, pontuando de 0 a 3 dependendo da escolha (sempre = 3 pontos, muitas vezes = 2 pontos, às vezes = 1 ponto, poucas vezes = 0 ponto), com exceção da questão 25, que apresenta pontuação invertida (sempre = 0, muitas vezes = 1, às vezes = 2, poucas vezes = 3). O somatório total de pontos do questionário pode variar de 0 a 78. Na maioria dos estudos foi encontrado como ponto de corte maior ou igual que 20-21 pontos sendo adotado como classificação de risco para apresentar TA (TEIXEIRA et al, 2015; ZORDÃO et al, 2015; CUBRELATI et al, 2014; MARTHENDAL, SHIMIZU e AZEVEDO, 2014; FORTES, MORGADO e FERREIRA, 2013; HALPERN et al, 2013; SCHERER et al, 2010; SILVA, CRUZ e COELHO, 2008; ALVES et al, 2008; SOUZA-KANESHIMA et al, 2006; VILELA et al, 2004).

Como o EAT é uma escala que foi desenvolvida há muito tempo, segundo Leal e colaboradores (2013), alguns cuidados com a interpretação dos resultados tornam-se necessários: deve-se questionar, por exemplo, se a resposta à questão “eu como alimentos dietéticos” é, nos dias atuais, uma medida de comer transtornado; da mesma forma, para se responder que se conhece o valor calórico dos alimentos, em uma época de obrigatoriedade de rótulos alimentares e em que há preocupação com estilo de vida saudável, adotando práticas para uma alimentação saudável. Ademais, o EAT tem boas propriedades psicométricas de confiabilidade e validade, razoável sensibilidade e especificidade para TA.

Outro questionário autoaplicável que foi instrumento diagnóstico nos estudos pesquisados é o *Body Shape Questionnaire* (BSQ), utilizado para avaliar os níveis de insatisfação com a imagem corporal, especialmente no quanto ao sentir-se com

excesso de peso, verificando o grau de preocupação com a forma do corpo e o peso, e a autodepreciação relacionada à forma física. Esta ferramenta é constituída por 34 perguntas em escala do tipo *Likert* com seis opções de resposta, variando de 1 = nunca até 6 = sempre, que se propõem avaliar a frequência de preocupação com o peso e com a aparência física (ANEXO B). O BSQ distingue os sujeitos a respeito de sua insatisfação corporal segundo o escore total através da soma das respostas dos indivíduos. Os resultados podem ser classificados em 4 categorias: uma pontuação menor que 80 = ausência de distorção da imagem corporal; de 81 – 110 pontos = leve distorção da imagem corporal; 111 – 140 pontos = moderada distorção da imagem corporal; maior que 140 pontos = grave distorção da imagem corporal (CUBRELATI et al, 2014; FORTES, MORGADO e FERREIRA, 2013; OLIVEIRA, LIBERALI e COUTINHO, 2013; ALVES et al, 2008)

Outro instrumento de avaliação da imagem corporal muito utilizado no levantamento de estudos foram as escalas de figuras de silhuetas, que possuem inúmeras vantagens: constituem instrumento simples de fácil aplicação e não exigem equipamentos sofisticados. Suas imagens visuais, menos abstratas, não requerem grande diversidade de vocabulário ou fluência verbal, o que as torna especialmente indicadas na avaliação da percepção da imagem corporal, principalmente em crianças. E por se tratar de um método psicofísico clássico, amplamente validado na literatura de percepção, os resultados obtidos em pesquisas são pouco discrepantes entre participantes, permitindo a utilização de amostras relativamente pequenas:

Diversos instrumentos para o estudo da percepção da imagem corporal têm sido desenvolvidos conforme o componente constructo a ser focado. Um método de avaliação comumente utilizado emprega escalas de figuras de silhuetas que variam desde a mais esbelta até a mais larga. Cada participante é convidado a escolher a figura que melhor o representa e a que gostaria de ter ou que julga ser o ideal. A satisfação ou insatisfação com a imagem corporal é avaliada conforme as discrepâncias entre as figuras selecionadas (KAKESHITA et al, 2009, p. 264).

As escalas de silhuetas existentes, tanto para adultos quanto para crianças, variam quanto ao número de figuras, forma das silhuetas desenhadas, tamanho e forma de apresentação das escalas. A metodologia aplicada também varia, desde as características da amostra, os procedimentos e tratamento dos dados, até a análise e interpretação dos resultados (ZORDÃO, 2015; NICIDA e MACHADO, 2014; HALPERN et al, 2013; FIDELIX et al, 2011; CORSEUIL et al, 2009; KAKESHITA et al, 2009; TRICHES e GIUGLIANI, 2007).

A escala mais conhecida e utilizada mundialmente para avaliação da auto percepção da imagem corporal é a que foi proposta por Stunkard, baseada em dados antropométricos da população americana. Consiste em nove silhuetas corporais de cada gênero que representa um *continuum* desde a magreza (silhueta 1) até a obesidade severa (silhueta 9), com variações progressivas na escala de medida, como pode ser observado na Figura 1:

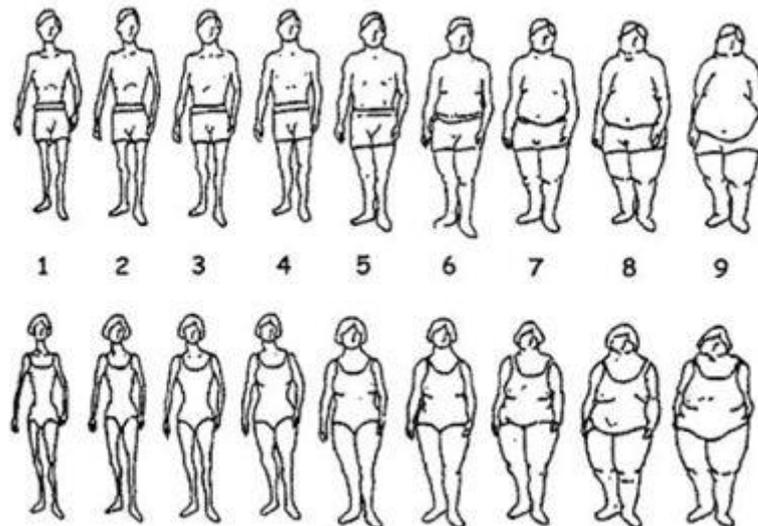


Figura 1: Escala de Figuras de Silhuetas de Stunkard (1983)

Nessa escala, o indivíduo escolhe o número da silhueta que considera semelhante a sua aparência real e também o número da silhueta que acredita ser mais condizente a sua aparência corporal ideal. A satisfação ou insatisfação com a imagem corporal é avaliada conforme as discrepâncias entre as figuras selecionadas. Portanto subtrai-se o número da figura que representa a aparência corporal real pela aparência corporal ideal, podendo esse número variar de -8 a +8. Caso essa variação seja igual a zero, o indivíduo é classificado como satisfeito com

sua aparência, e se diferente de zero, classifica-se como insatisfeito. Caso a diferença for positiva (real – ideal) considera-se uma insatisfação pelo excesso de peso, ou seja, pelo desejo de reduzir a silhueta e, quando negativa, uma insatisfação pela magreza, aliada ao desejo por aumentá-la (ZORDÃO, 2015; NICIDA e MACHADO, 2014; FIDELIX et al, 2011; CORSEUIL et al, 2009; KAKESHITA et al, 2009).

O método de silhuetas corporais de Stunkard utilizado para avaliação de imagem corporal pode limitar uma verificação mais apurada da percepção desta por se tratar de uma figura bidimensional em preto e branco e que não apresenta versões para diferentes faixas etárias. A escala de imagem corporal *Children's Figure Rating Scale* foi proposta por Tiggemann e Wilson-Barret e demonstra ser acurada com uma alta confiabilidade teste-reteste em crianças com oito anos de idade. Essa escala contém nove silhuetas numeradas, com extremos de magreza e gordura com altura estável e é representada separadamente segundo o sexo, ela avalia a insatisfação com a imagem corporal em crianças e adolescentes, conforme pode ser observado na Figura 2:

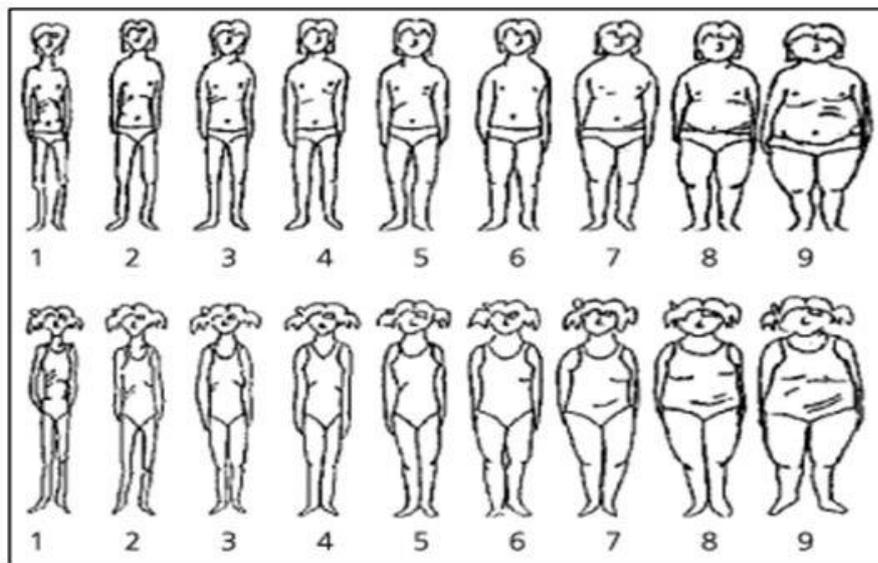


Figura 2: Escala de Imagem Corporal de Tiggemann e Wilson-Barret (1998)

A criança deve selecionar a figura compatível com seu tamanho (“com qual desenho tu mais te pareces?”) e tamanho ideal (“com qual dos desenhos tu mais

gostarias de te parecer?”). O grau de insatisfação com o corpo é dado pela diferença entre as figuras real e ideal, sendo que os valores podem variar de -8 a 8. Graus positivos indicam que a criança deseja um corpo menor. A variável insatisfação com o corpo é categorizada em dois estados: satisfeitos e insatisfeitos. Consideram-se satisfeitas todas as crianças que tiverem grau zero como resultado da diferença entre as figuras real e ideal na escala de imagem corporal. Crianças com grau diferente de zero são consideradas insatisfeitas com seu corpo (HALPERN et al, 2013; TRICHES e GIUGLIANI, 2007).

Kakeshita e colaboradores (2009) desenvolveram escalas de silhuetas adaptadas ao contexto sócioeconômico e cultural brasileiro, para adultos e crianças, e testaram sua fidedignidade como etapa inicial do processo de validação e padronização das mesmas. Neste estudo, a amostra foi composta por 280 adultos e 160 crianças, voluntários, de diferentes classes sócio-demográficas e níveis de escolaridade diversos. As escalas foram compostas por 15 cartões plastificados para adultos (Figura 3) e 11 cartões para crianças (Figura 4) diferenciados por sexo feminino e masculino.

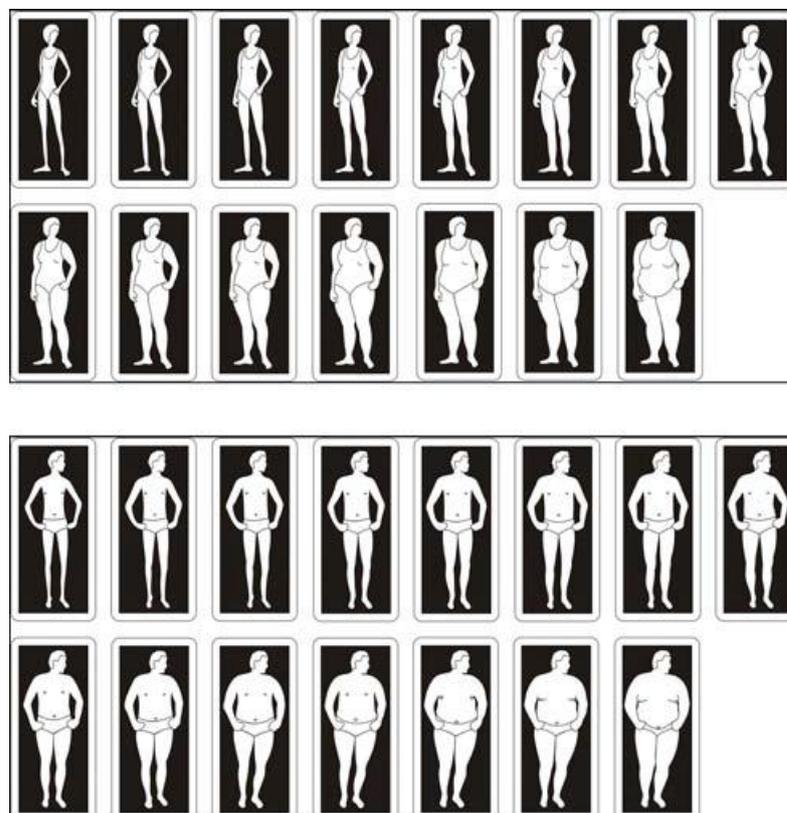


Figura 3: Escala de Silhuetas para Adultos (Kakeshita et al, 2009)

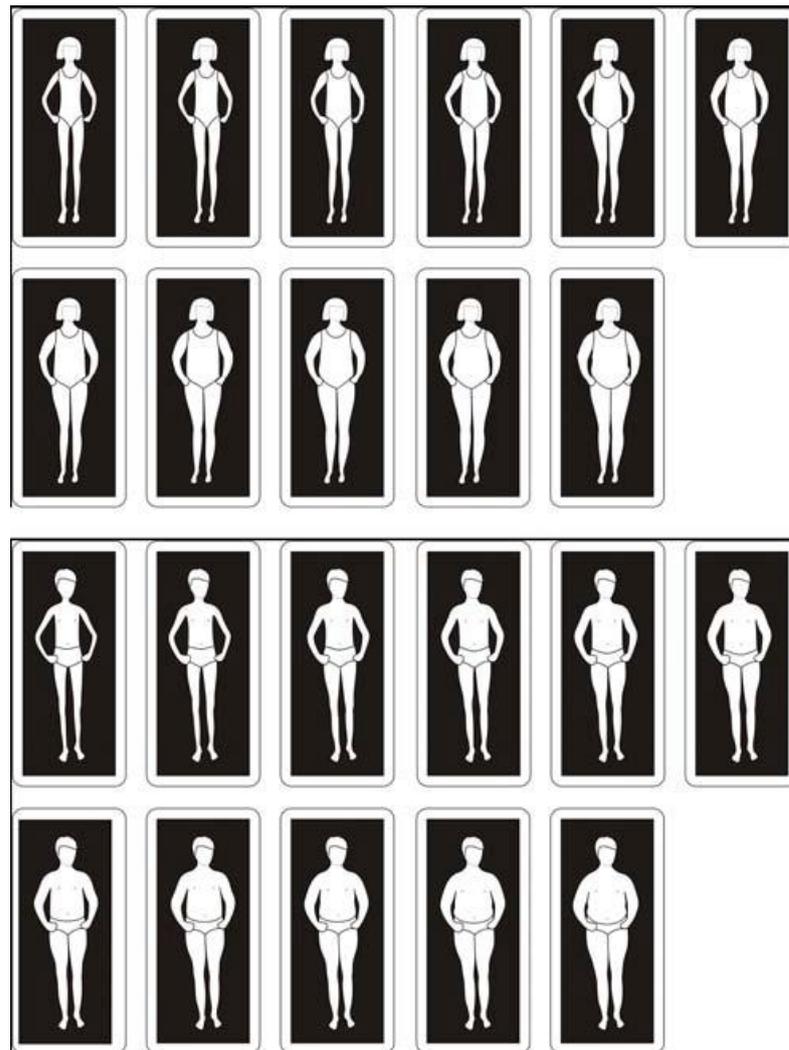


Figura 4: Escala de Silhuetas para Crianças (Kakeshita et al, 2009)

Os resultados deste estudo reforçam a capacidade das crianças em identificar o próprio tamanho corporal. A escala infantil atende às recomendações de fidedignidade para as silhuetas propostas como atuais, tanto para meninas quanto para meninos, mostrando coeficientes de correlação positivos, significativos e corroborados com os resultados do teste t pareado, que não mostraram diferenças significativas entre os dados do teste e do reteste. Os instrumentos construídos por Kakeshita e colaboradores (2009) tiveram sua fidedignidade teste-reteste considerada apropriada para os estudos que envolvam a percepção da imagem corporal tanto de adultos, quanto de crianças.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os riscos de TA tem iniciado em idades mais precoces, o que permite se afirmar que a imagem corporal está associada à maturação sexual, uma vez que a presença da menarca e sua ocorrência em idades precoces fazem com que as adolescentes apresentem o desejo de reduzir o peso corporal, devido ao incremento de adiposidade corporal. Além disso, o desejo de ter um corpo mais magro gera comportamentos inadequados em relação à alimentação, que podem evoluir para o desenvolvimento dos TA, inclusive, para o diagnóstico das duas de suas principais classificações: AN e BN.

Dessa forma, destaca-se a importância de intervenções nas escolas que visem desenvolver nos jovens uma melhor aceitação do corpo na adolescência, a fim de promover maior satisfação com a imagem corporal nessa fase; e implementações educacionais sobre nutrição. Estes são alguns exemplos de medidas preventivas importantes a serem adotadas, tendo em vista que nesta faixa etária, além de existir constantes conflitos emocionais, também podem ser identificados aqueles relacionados às mudanças físicas oriundas da maturação sexual. Esta insatisfação corporal pode, assim, tornar-se um fator de risco desencadeador dos TA.

Também se faz necessário a aplicação de escalas em todas faixas etárias para diagnosticar sintomas relacionados aos TA, a fim de prevenir o desenvolvimento da doença. Caso o TA já esteja estabelecido há mais tempo, quanto mais precoces as intervenções terapêuticas, melhor será o prognóstico em longo prazo.

Dentre todas pesquisas analisadas nesta revisão, foi possível elencar as principais ferramentas de diagnóstico: EAT-26, BSQ e diversas versões das Escalas de Silhuetas. Cabe salientar que as escalas de figuras podem ser a melhor ferramenta para aplicar em crianças, por se mostrarem mais práticas e de fácil entendimento.

Os riscos para TA podem ser detectados precocemente, sendo possível realizar a prevenção para alertar os pais sobre alterações iminentes. Porém, é preciso ter cautela na interpretação dos dados, uma vez que as respostas são subjetivas. O EAT-26, o BSQ e as Escalas de Silhuetas são importantes ferramentas utilizadas como diagnóstico no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

ALVES, Emilaura; VASCONCELOS, Francisco A. G.; CALVO, Maria C. M.; NEVES, Janaina. **Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 503-512, mar. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder: text review – DSM-IV-TR.** Washington, DC: 2000.

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M.. **Transtornos alimentares.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, s. 2, p.28-31, jun. 2000.

CASTRO, Inês R. R.; LEVY, Renata B.; CARDOSO, Letícia O.; PASSOS, Michelle D.; SARDINHA, Luciana M. V.; TAVARES, Letícia F.; DUTRA, Sheila P.; MARTINS, André. **Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15 (supl.2), p. 3099-4108, 2010.

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

CORDÁS, Táki Athanássios. **Anorexia e Bulimia: O que são? Como ajudar? Um guia de orientação para pais e familiares.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 59p.

CORDÁS, Táki Athanássios. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico.** Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 31, n. 4, p.154-157, 2004.

CORSEUIL, Maruí W.; PELEGRINI, Andreia; BECK, Carmen; PETROSKI, Edio L. **Prevalência de insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a**

inadequação nutricional em adolescentes. Revista da Educação Física, Maringá, v. 20, n. 1, p. 25-31, 2009.

CUBRELATI, Bianca S.; RIGONI, Patrícia A. G.; VIEIRA, Lenamar F.; BELEM, Isabella C. **Relação entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes.** Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 12, n. 1, p. 1-15, jan-mar, 2014.

FIDELIX, Yara L.; SILVA, Diego A. S.; PELEGRINI, Andreia; SILVA, Adelson F.; PETROSKI, Edio L. **Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de uma cidade de pequeno porte: associação com sexo, idade e zona de domicílio.** Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 202-207, 2011.

FORTES, Leonardo de Souza; MORGADO, Fabiane F. da Rocha; FERREIRA, Maria Elisa C. **Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares.** Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 59-64, 2013.

GONÇALVES, Juliana A.; MOREIRA, Emilia A.; TRINDADE, Erasmo B. S. M.; FIATES, Giovanna M. **Transtornos alimentares na infância e na adolescência.** Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-103, jan-mar. 2013.

GRILLO, Eugênio; SILVA, Ronaldo J. M. **Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2 (supl), 2004.

HALPERN, Ricardo; RECH, Ricardo R.; ROTH, Lahna R.; MARIN, Simone; PEDRONI, Josué L.; SIRTOLI, Mariana; CAVALLI, Andressa. **Sintomas de transtornos alimentares em escolares do 6º ano de escolas públicas municipais em uma cidade serrana do Rio Grande do Sul – Brasil.** Revista DO CORPO: Ciências e Artes, Caxias do Sul, v. 1, n. 3, 2013.

HERSCOVICI, Cecile Rausch. **A Escravidão das Dietas.** Porto Alegre: Artes Médicas: 1996. 181p.

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

IDA, Sheila Weremchuk. **Anorexia e bulimia: uma perspectiva social.** 72 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) - UFRGS, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2008.

KAKESHITA, Idalina S.; SILVA, Ana I. P.; ZABATTA, Daniela P.; ALMEIRA, Sebastião S. **Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 25, n.2, p. 263-270, abr-jun. 2009.

LEAL, Greisse V. S.; PHILIPPI, Sonia T.; CORDÁS, Táki A.; ALVARENGA, Marle S. **O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.62, n. 1, p. 62-75, 2013.

MARTHENDAL, Aline T.; SHIMIZU, Suemi; AZEVEDO, Luciane C. **Transtornos alimentares e sua relação com o estado nutricional em adolescentes de uma escola particular de Santa Catarina – Brasil.** Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, v. 43, n. 3, p. 17-25, jul-set. 2014.

MARTINS, Cilene R.; PETROSKI, Edio L. **Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações.** Revista Motricidade, Ribeira de Pena, v. 11, n. 2, p. 94-106, 2015.

NICIDA, Denise P.; MACHADO, Kátia S. **O uso de duas escalas de silhueta na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão de literatura.** Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 21-34, dez. 2014.

NUNES, Maria Angélica. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2006. 415p.

OLIVEIRA, Amanda Gois; LIBERALI, Rafaela; COUTINHO, Vanessa Fernandes. **Perfil nutricional e percepção de imagem corporal de escolares adolescentes de Itabaiana- SE**. Encontro: Revista de Psicologia, Londrina, v. 16, n. 25, p. 55-66, 2013.

ROMARO, Rita Aparecida; ITOKAZU, Fabiana Midori. **Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.407-412, 2002.

SCHERER, Fabiana C.; MARTINS, Cilene R.; PELEGRINI, Andreia; MATHEUS, Silvana C.; PETROSKI, Edio L. **Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 198-202, 2010.

SILVA, Glauciene R.; CRUZ, Nilcemar R.; COELHO, Ering B. **Perfil nutricional, consumo alimentar e prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa em adolescentes de uma escola da rede pública no município de Ipatinga, MG**. Nutrir Gerais: Revista Digital de Nutrição, Ipatinga, v. 2, n. 3, p. 1-15, ago-dez, 2008.

SOUZA-KANESHIMA, Alice M.; FRANÇA, Angela A.; KNEUBE, Daniele P. F.; KANESHIMA, Edilson N. **Ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná**. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 28, n. 2, p.119-127, 2006.

STUNKARD, A.J., SORENSEN, T., SCHULSINGER, F. **Use of the Danish adoption register of the study of obesity and thinness**. The genetics of neurological and psychiatric disorders, New York: Raven, p. 115-120, 1983.

TEIXEIRA, Carla S.; BARBOSA, Renata F.; BERTOLIN, Daniela C.; CESARINO, Claudia B. **Transtornos alimentares em adolescentes de uma escola estadual do noroeste paulista**. Revista Arquivos de Ciências da Saúde, São José do Rio Preto, v. 22, n. 2, p. 84-87, abr-jun. 2015.

TIGGERMANN, M., WILSON-BARRET, E. **Children's figure ratings: relationship to self-esteem and negative stereotyping.** International Journal of Eating Disord, Middletown, v. 23, n. 1, p. 83-88, jan. 1998.

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

VILELA, João E. M.; LAMOUNIER, Joel A.; DELLARETTI FILHO, Marcos A.; BARROS NETO, José R.; HORTA, Gustavo M. **Transtornos alimentares em escolares.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

ZORDÃO, Olivia P.; BARBOSA, Andréia; SANT'ANA, Tizziane P.; MARCIANO, Cristiane S. G.; ALVES, Denismar N.; RIBEIRO, Roberta S. **Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes de Minas Gerais (Brasil).** Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, Madri, v. 35, n. 2, p. 48-56, 2015.

ANEXOS

ANEXO A

Eating Attitudes Test (EAT-26)

Equivalência semântica: versão retraduzida e primeira versão (V1) do instrumento. São Paulo, 2010.

Versão retraduzida	Versão final
Test of attitudes about eating for children Always / Very frequently / Frequently / Sometimes / Rarely / Never	Teste de atitudes alimentares para crianças Sempre / Muito frequentemente / Frequentemente / Às vezes / Raramente / Nunca
Instructions: Please make an x under the word that best applies for each question.	Instruções: Por favor, faça um x abaixo da palavra que melhor se aplica às questões descritas.
<ol style="list-style-type: none"> 1. I am afraid of being overweight 2. I stay away from food when I am hungry 3. I think about food a lot of the time 4. I have eaten large quantities of food and felt that I was unable to stop 5. I cut my food into small pieces 6. I am aware of the calorie content of the foods I eat 7. I try to stay away from foods like breads, potatoes, and rice 8. I feel that other people would like me to eat more 9. I vomit after eating 10. I feel very guilty after eating 11. I think a lot about wanting to be thinner 12. I think about burning calories when I exercise 13. Other people think I'm very thin 14. I think a lot about having fat on my body 15. I take longer than other people to eat my meals 16. I stay away from foods that have sugar 17. I eat diet food 18. I feel that food controls my life 19. I am able to show self control with food 20. I feel that other people push me to eat 21. I spend a lot of time thinking about food 22. I feel uncomfortable after eating sweets 23. I have gone on a diet 24. I like my stomach empty 25. I like to try new foods that taste good 26. I need to vomit after eating 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estou com medo de estar acima do peso 2. Fico longe da comida quando estou com fome 3. Eu penso em comida durante muito tempo 4. Eu já comi grandes quantidades de comida e senti que não era capaz de parar 5. Eu corto minha comida em pedaços pequenos. 6. Estou consciente da energia (calorias) contida nos alimentos que eu como 7. Tento ficar longe de comidas como pães, batatas e arroz 8. Eu sinto que outras pessoas gostariam que eu comesse mais 9. Eu vomito depois de ter comido 10. Eu me sinto muito culpado (a) depois de ter comido 11. Eu penso muito sobre querer ser mais magro (a) 12. Eu penso em queimar energia (calorias) quando me exercito 13. Outras pessoas acham que estou muito magro (a) 14. Eu penso muito sobre ter gordura no meu corpo 15. Eu demoro mais do que os outros para fazer minhas refeições 16. Eu fico longe de comidas com açúcar 17. Eu como alimentos dietéticos 18. Eu penso que a comida controla a minha vida 19. Eu posso mostrar autocontrole sobre a comida 20. Eu sinto que os outros me pressionam a comer 21. Eu destino muito tempo e pensamento para comida 22. Eu me sinto desconfortável depois de comer doce 23. Eu tenho feito dieta 24. Eu gosto do meu estomago quando está vazio 25. Eu gosto de experimentar novas que engordam 26. Eu tenho necessidade de vomitar depois de comer

ANEXO B

Body Shape Questionnaire - (BSQ)

(Questionário sobre a imagem corporal)

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

- | | |
|--------------|-------------------------|
| 1. Nunca | 4. Frequentemente |
| 2. Raramente | 5. Muito frequentemente |
| 3. Às vezes | 6. Sempre |

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Você se sente excessivamente grande e arredondada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Você já teve vergonha do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Você já vomitou para se sentir mais magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Você toma laxantes para se sentir magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |