

Avaliação do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes da cidade de Bebedouro SP

(Risk assessment of development disorders food in town teenagers Bebedouro - Brazil)

Elaine Aparecida Batista¹; Marina Silva Bailão²

¹Graduação – Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro SP
elaine_piri@unifafibe.com.br

²Universidade Anhembi Morumbi (UAM) – São Paulo SP
marinasilvabailoa@gmail.com

Abstract. *Eating disorders (ED) are changes in eating behavior. Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) are two common types of these disorders and more prevalent in adolescents and young women. We assessed the risk of developing eating disorders in female adolescents 12 to 17 years using the assessment of weight and height measurements, using scale questionnaires and body image perception and the results were the nutritional status for the possible risk of eating disorders. The result showed great body dissatisfaction and high risk of TA development, which calls for preventive measures for these disorders can be treated early increases the chances of cure.*

Keywords . *eating disorders; adolescents; body image.*

Resumo. *Transtornos alimentares (TA) são alterações no comportamento alimentar. Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) são dois tipos comuns desses transtornos e mais prevalentes em adolescentes e mulheres jovens. Avaliou-se o risco do desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino de 12 à 17 anos utilizando a avaliação de medidas de peso e altura, aplicando questionários de escala e percepção da imagem corporal e os resultados foram associados ao estado nutricional para obter o possível risco de transtornos alimentares. O resultado do demonstrou grande insatisfação corporal e alto risco de desenvolvimento de TA, o que pede ações de prevenção para que esses transtornos possam ser tratados precocemente aumentando as chances de cura.*

Palavras-chave. *transtornos alimentares; adolescentes; imagem corporal.*

Introdução

Os transtornos alimentares são caracterizados por alterações no comportamento alimentar que pode levar a extremo emagrecimento, obesidade e a outros problemas físicos (VILELA et al., 2004).

Os mais comuns tipos de transtornos alimentares são a Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), são frequentemente crônicos e tem associação com um alto índice de comorbidades, acometem principalmente adolescentes e mulheres jovens. Os homens também são acometidos, todavia em proporções bem menores.

São observadas atitudes de comportamento alimentar preocupantes, relacionadas ao medo de engordar, que por sua vez, está associado a fatores psicológicos, sociais e biológicos (VILELA et al., 2004).

Há estimativas de que, ao longo da vida, entre 0,5 a 4% das mulheres terá anorexia nervosa, de 1 a 4,2 % bulimia nervosa e 2,5 % transtorno do comer compulsivo. Geralmente existe um sentimento de negação da própria condição patológica, isso leva essas síndromes a se estenderem por grandes períodos de tempo sem serem diagnosticadas, trazendo agravos à saúde (MAGALHÃES; MENDONÇA, 2005).

A Anorexia Nervosa (AN), foi descrita pela primeira vez em 1667, é uma doença com excessiva perda de peso, que leva a inanição e com intenso desgaste físico e psicológico. Os indivíduos com anorexia nervosa não se percebem magros, mas gordos, devido à distorção de sua imagem corporal, restringindo assim suas refeições continuamente (NUNES et al., 2006).

A anorexia nervosa tem complicações sérias associadas à desnutrição, como desidratação, hipotermia, distúrbios gastrointestinais, comprometimento cardiovascular, entre outros. É uma doença grave, com grande risco de mortalidade (NUNES et al., 2006).

Na Bulimia Nervosa, os indivíduos se mantêm próximos ao seu peso normal ou até mesmo acima dele. Sua distorção da imagem corporal geralmente é menor que nos indivíduos com anorexia. Os indivíduos com bulimia têm episódios de grande ingestão de comida seguidos de comportamentos compensatórios, como o vômito auto-induzido para evitar o aumento de peso, essas pessoas vivem um círculo vicioso, e podem chegar a ter 20 episódios de vômitos por dia.

O sentimento de culpa a vergonha faz com que os bulímicos demorem até 10 anos para buscar tratamento. A bulimia tem como principais complicações, irritação, sangramento gástrico e esofágico, erosão do esmalte dental, aumento das parótidas, anormalidades intestinais, entre outros (VILELA et al., 2004).

A preocupação com o corpo, o culto constante a magreza traz um grande aumento de ocorrência dessas síndromes, não restam dúvidas quanto à influência cultural e a grande busca por aceitação, como um dos principais fatores desencadeantes dos transtornos alimentares (VILELA et al., 2004).

Esse trabalho visa avaliar o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes de 12 a 17 anos de ambos os sexos. Serão utilizados questionários autoaplicáveis e escala de percepção de peso.

Revisão da literatura

Os estudos sobre transtornos alimentares apontam normalmente para uma maior incidência, senão uma exclusividade, desses transtornos nas classes sociais privilegiadas. O nível socioeconômico seria assim um critério importante na determinação dessas patologias, associado aos ideais de um corpo magro como padrão de beleza ditado pela moda e, portanto, perseguido por jovens adolescentes suscetíveis à mídia cultural (CHEMIN; MILITO, 2007).

É significativo o número de trabalhos que apontam para a relação entre riqueza e transtornos alimentares. Desses se destacam: As condutas anoréxicas, em especial dietas excessivas e obsessivas, tornaram-se muito frequentes em grandes parcelas da população, em especial nas classes sociais mais altas, ao longo da última década. Ou, ainda, se faz uma relação entre abundância e privação voluntária. A anorexia nervosa e a bulimia nervosa parecem ser transtornos de nossos tempos (CHEMIN; MILITO 2007).

A mídia eletrônica bombardeia o público com imagens de mulheres esbeltas que estão com tudo. Em muitas áreas da cultura ocidental a comida existe em abundância, uma pré-condição para a conduta alimentar excessiva (CHEMIN; MILITO 2007).

Os indivíduos afetados por esses transtornos tendem a serem caucasianos educados, do sexo feminino, com vantagens econômicas e assentados em culturas ocidentais. Ou, ainda, “anorexia nervosa é virtualmente desconhecida em países onde a

magreza não seja considerada uma virtude” Nessa mesma linha encontramos autores ainda mais enfáticos, que excluem o terceiro mundo da possibilidade de registrar os transtornos alimentares como uma patologia presente na população, já que pela escassez de alimentos o acento estaria colocado em outro ponto (CHEMIN; MILITO 2007).

A subjetividade sofrente tem um corpo e que é justamente neste que a dor literalmente se enraíza. A rigor não existe o sujeito e seu corpo, numa dualidade e polaridade insuperáveis, mas um corpo sujeito propriamente dito. E assim nos alerta para a “z” que podemos incorrer no ofício de psicanalisar se esvaziarmos o sujeito pulsional de seu corpo, negligenciá-lo diante da violenta magreza anoréxica. Voltemos à questão que elas nos impõem: “S” o apelo do ideal estético podemos dizer que estamos assistindo, nas últimas décadas, a um movimento que conjuga uma nova forma de subjetivação, em que predominam o autocentramento do sujeito no eu e, paradoxalmente, o valor da exterioridade.

Com isso, a subjetividade assume uma configuração decididamente estatizante, em que o olhar do outro no campo social e mediático passa a ocupar uma posição estratégica em sua economia psíquica (DUNKER; FERNANDES; CARREIRA FILHO, 2009).

Podemos também considerar que esse olhar do outro traduz o impacto do ser visto. Ao acompanharmos o pensamento sobre o narcisismo, deparamo-nos com o papel fundamental do desejo e sua relação com o objeto da falta na construção da identidade do eu e conseqüente configuração do narcisismo de vida. Porém, como ele nos diz, nem sempre essas realizações do narcisismo são bem-sucedidas; os sentimentos resultantes da percepção do eu distante e separado do outro, do descentramento, revelam ódio, ressentimento e desespero (DUNKER; FERNANDES; CARREIRA FILHO, 2009).

A configuração de unidade do eu perde seu alcance e outro processo é deflagrado, a busca ativa das reduções da tensão ao nível zero. A procura de satisfação prossegue então fora de qualquer satisfação – como se esta tivesse realmente ocorrido – como se tivesse encontrado seu bem no abandono de toda busca de satisfação. Tal postulação sem dúvida nos remete às manobras psíquicas que assistimos nas relações das anoréxicas e seus objetos. Além disso, essa compreensão do narcisismo de morte nos permite pensar que se o objeto relacional também é o corpo, este se encontra, aqui, negativedo (DUNKER; FERNANDES; CARREIRA FILHO, 2009).

Onde se paga qualquer preço pela aceitação dentro do grupo. Essa busca incessante pela imagem corporal perfeita faz dessas adolescentes escravas silenciosas que escondem de seus pais e familiares seus tormentos, medos e aflições. Escondem o medo de comer e tentam a qualquer custo se esquivar desse momento em família, alguns apresentam grande nervosismo diante da refeição.

Um efeito dilacerador tanto físico como emocional que muitas vezes viram um caminho sem volta, quando alguém percebe já é tarde demais. Os inúmeros grupos criados nas redes sociais só contribuíram para o aumento desses transtornos, já que quando encontram outras pessoas se sentem mais convictas a continuar (DUNKER; FERNANDES; CARREIRA FILHO, 2009).

Tipos de transtornos alimentares

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa remete a uma ausência de apetite. Evidencia-se o caso clínico inicialmente com a ocorrência de uma elaboração de uma dieta seriamente restrita de alguns grupos alimentares, principalmente daqueles considerados mais calóricos. Esta restrição alimentar progressivamente passa a diminuir a quantidade de alimentos ingeridos podendo evoluir drasticamente para até mesmo para um jejum. O paciente nesta patologia tem como objetivo emagrecer, cada vez mais, tendo como principal desejo um corpo cada vez mais magro (BORGES, 2006).

Este padrão de corpo ideal definido pelo indivíduo com anorexia discorda do senso comum sobre o que é um corpo magro e das várias propostas feitas pela medicina. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) a doença seria definida inicialmente por um emagrecimento com duas perspectivas de avaliação sendo a primeira uma perda de peso superior a 15% e a segunda uma presença de índice de massa corporal (IMC) igual ou menor que 17,5 kg/m². A restrição alimentar submetida pelo anorexo pela distorção da própria imagem corporal pode ser relacionado com um ou mais fatores como: indução de vômitos, purgação auto induzida, excesso de exercício físico, anorexígenos ou uso de medicação como laxantes. Como consequência destes atos é gerado um transtorno endócrino resultando em amenorreia, quando em mulheres, e em homens a

perda da libido, quando a ocorrência é descrita na puberdade ocorre um retardo na sequência de eventos característicos desta fase (SCHMIDT, 2008).

É uma doença que acomete principalmente o sexo feminino, sendo estas, na maioria dos casos adolescentes e mulheres jovens, apresentando uma proporção de nove mulheres para cada homem diagnosticado com a doença (CAÑETE, 2008).

Esta patologia é considerada grave uma vez que o índice de mortalidade da doença estimado por alguns estudiosos por ser de cerca de 5% dos casos onde os diagnósticos e o tratamento são efetuados de forma tardia (SCHMIDT, 2008).

Bulimia nervosa

No quadro de bulimia nervosa, o paciente, apresenta tipicamente uma compulsão alimentar onde ocorre uma necessidade incontrolável de comer. Após esta alta ingestão de alimentos, o paciente bulímico apresenta um sentimento de culpa e até um mal-estar físico decorrentes das quantidades ingeridas, o que lhe faz induzir vômitos para que não ocorra ganho de peso e conseqüentemente o mesmo passe a engordar. Após a ocorrência dos vômitos o paciente sente – se aliviado e satisfeito por um determinado período (BORGES, 2006).

Recorrente a isso, o paciente bulímico pensa que esta é a maneira ideal para se manter o peso sem a restrição de alimentos e é a partir daí que se iniciam os problemas. Os seguimentos dos atos gradativamente se tornam desastrosos, pois após o vomito surge um a sensação de que se está fazendo ao fora do comum conseqüentemente o mesmo sente – se ansioso, culpado e com a autoestima baixa. Este sentimento de culpa associado aos outros fatores já citados faz com que o paciente bulímico retome a uma dieta muitas vezes de forma mais restrita e intensa o que o faz acreditar erroneamente que ele possui o controle sobre este processo. Com o aumento da restrição favorece os episódios bulímicos, a piora dos vômitos, da ansiedade e a diminuição da autoestima fazendo com que isto se torne um ciclo vicioso (BORGES, 2006).

A bulimia nervosa é uma doença praticamente exclusiva do sexo feminino e pode ser considerado um dos transtornos com maior prevalência, sendo encontrado de 1% a 4% das mulheres jovens. Mesmo apresentando uma prevalência elevada, são poucos os estudos

realizados sobre a doença, e isto talvez seja explicado, pois a bulimia nervosa inicia - se no final da adolescência e no início da vida adulta e o tratamento normalmente é buscado na idade adulta (CENCI, 2009).

Normalmente o paciente bulímico faz suas refeições sozinho e escondido, o mesmo não dá atenção para a textura e o sabor dos alimentos comendo sem critério algum no momento da compulsão. Todavia, o paciente é muito criterioso para a escolha dos alimentos. Alguns estudiosos relatam que as seleções dos alimentos durante os períodos compulsórios seguem um padrão semelhante onde os pacientes apresentam preferência por pães, bolos, massas, chocolates, doces, pizzas. Segundo os pacientes a escolha do alimento é consequente da "compulsão" e do "desejo irresistível" por tais alimentos. Diferente do paciente com anorexia o bulímico não busca um corpo magro, em geral, eles se apresentam estróficos ou em alguns casos com sobrepeso (BORGES,20006).

Metodologia

O presente estudo é do tipo analítico observacional transversal. Participaram desse estudo 92 adolescentes do sexo feminino de 12 a 17 anos de uma escola particular da cidade de Bebedouro/SP. O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Unifafibe e aprovado. A pesquisa iniciou após a autorização dos responsáveis legais para participação de seus filhos através do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi utilizada a escala de silhuetas para crianças e adolescentes brasileiros proposta por Kakeshita (2008).

A escala é constituída por 11 cartões plastificados, de 6,5 cm de largura e 12,5 cm de altura, com a figura centralizada em fundo preto, contornada por margem de 0,5 cm das bordas da figura e do cartão.

Foi solicitado a cada uma das adolescentes escolher um cartão, dentre os dispostos em série ordenada ascendente que melhor representasse a silhueta de seu próprio corpo atual. A seguir indicar o cartão com a silhueta que gostaria de ter.

O grau de insatisfação se dá pela diferença das imagens escolhidas, figura atual e a desejada (número da figura atual – número da figura desejada). Os valores

positivos demonstram o anseio em ser mais magro, já o negativo, a vontade de ser mais magro e zero indica a satisfação com sua imagem corporal atual.

Para avaliar o risco de TA foi utilizado o Questionário de avaliação Body Shape Questionnaire e questionário de atitudes alimentares Eating Attitudes proposto por Nunes (1994).

O Body Shape Questionnaire (BSQ), que é um questionário auto-aplicável, composto por 34 perguntas que pontuam de um a seis. A somatória das questões pode variar de 34 a 204 pontos, sendo que maiores escores indicam maior preocupação com a imagem corporal e maior autodepreciação devido à aparência física, em especial em sentir-se com excesso de peso. (O BSQ foi traduzido por Cordás e Neves). A partir da pontuação obtida, as adolescentes foram classificadas: menos de 80 pontos dentro da normalidade; entre 81 e 110 pontos classificadas com leve distorção da imagem corporal; 111 a 140 pontos moderada distorção e acima de 140 pontos, a classificação é representada como grave.

Teste de atitudes alimentares (EAT-26) é um questionário de auto relato composto por 26 questões com opções de respostas do tipo likert (sempre, muito frequente, frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca), com respostas que pontuam de zero a três. A pontuação final do questionário pode variar de 0 a 78 pontos e o ponto de corte utilizado foi 21. Desta forma, considera-se que as adolescentes que obtiveram 21 ou mais pontos apresentam risco de transtornos alimentares, e as que obtiveram menos não apresentam risco.

O diagnóstico nutricional foi verificado pelas medidas antropométricas de peso e estatura. Foi utilizada uma balança portátil digital (TECHLINE) de até 150 kg para aferição do peso e para medir a estatura foi utilizada uma fita métrica inelástica fixada na parede sem rodapés. As adolescentes subiram na balança, descalças, usando roupas leves (Bermuda e camiseta). No momento da pesagem ficaram com o corpo ereto e com os braços estendidos ao longo do corpo.

Para medida da estatura as adolescentes foram encostadas numa parede, descalças e com a cabeça livre de adereços com os pés juntos, os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.

O IMC foi calculado (kg/m^2) e os valores encontrados foram classificados de acordo com curvas de IMC por idade dos 5 aos 19 anos propostas pela Organização Mundial da Saúde 2007.

Resultados

No presente estudo a média de idade das adolescentes avaliadas foi de $14,76 \pm 1,45$ anos.

A Figura 1 mostra o estado nutricional das adolescentes avaliadas

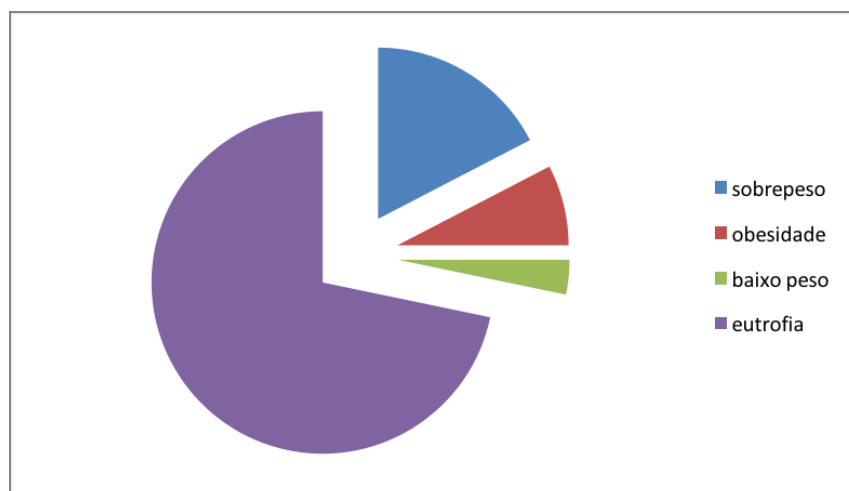


Figura 1 – Estado nutricional das adolescentes avaliadas em uma escola de Bebedouro/SP, 2015.

Analisando o Gráfico 1, verifica-se que a maioria das adolescentes foi classificada como eutrófica (71,73%). Com sobrepeso, foram classificadas (17,39%). Para obesidade verificou-se (7,60%) e apenas (3,26%) foram diagnosticadas com baixo peso.

Em trabalho realizado por Dunker et al. (2009), Correa (2010) e Silva (2012) sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes foi verificado que a maioria das adolescentes estavam eutróficas, resultado semelhante ao encontrado no presente trabalho (73,13%). No entanto este elevado percentual de adolescentes eutróficas não se refletiu nos dados de insatisfação com a imagem corporal, uma vez que 59,77% das adolescentes apresentaram algum grau de insatisfação com a imagem corporal.

No Questionário EAT 58,69% das adolescentes avaliadas não apresentaram comportamento risco de transtorno alimentar, porém 41,30% demonstraram comportamento de risco de transtorno alimentar.

A figura abaixo mostra a média do escore do EAT-26, na escola avaliada foi considerada abaixo do risco (<20).

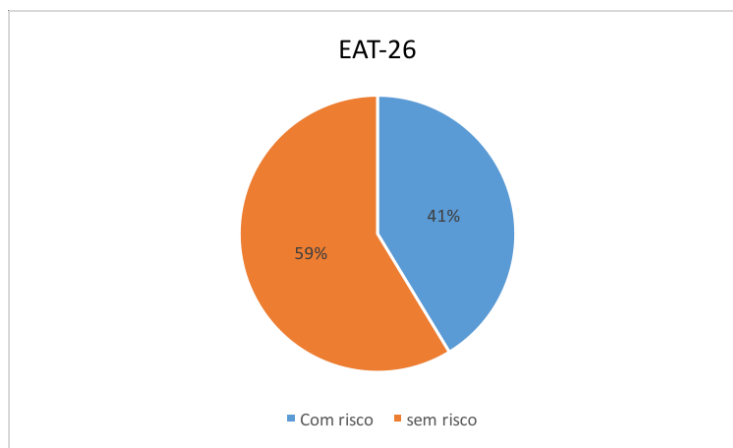


Figura 2 - Questionário de Atitudes alimentares (EAT-26)

Os resultados obtidos na análise do comportamento alimentar das estudantes mostram uma frequência importante de comportamentos alimentares sugestivos de TAs.

Em seu estudo Scherer et al. (2010), Os sintomas de TA estiveram presentes em 26,6% das escolares analisadas ($EAT \geq 20$). Jesus (2010) avaliando a satisfação com a autoimagem corporal e presença de transtornos alimentares entre adolescentes escolares de ambos os sexos também verificou a presença de resultados positivos (alterados) em relação aos hábitos alimentares, 13,6% dos adolescentes participantes, indicando uma predisposição para atitudes alimentares não saudáveis. Resultados inferiores ao do presente estudo.

Rocha (2010) avaliando 50 adolescentes observou que 82% da população questionada encontra-se no estado normal diante dos sintomas de TA, sendo que, 18% apresentam sintomas. Outros autores relatam resultados de pesquisas realizadas como, Fiates e Salles (2001), que estudaram 221 universitárias em Florianópolis – SC e obtiveram um EAT em 22, 17% da amostra total.

Castro e Goldrstein (1995) fizeram um estudo internacional com 1250 adolescentes, e encontraram 20% com EAT. Pastore et al. (1996) avaliaram 3070 mulheres em Nova

York e obtiveram 15% de EAT. Dunker e Philippi (2003), em um estudo com 279 moças, identificaram que 21,1% possuíam sintomatologia para TAs. Diante desses estudos vimos que, os resultados desses estudos apresentam grande semelhança em porcentagem, não tendo assim, uma diferença significativa. Dessa forma, o estudo em questão na cidade de Bebedouro– SP, com adolescentes do sexo feminino, demonstram resultados superiores 41,30%, afirmando que existem realmente um índice elevado de risco para TAs em adolescentes.

Os resultados obtidos com a investigação da insatisfação com a imagem corporal foram 40,21%, 28,26%, 21,73% e 9,78% para ausência, leve insatisfação, presença moderada e presença grave, respectivamente sendo representados na Figura 3.

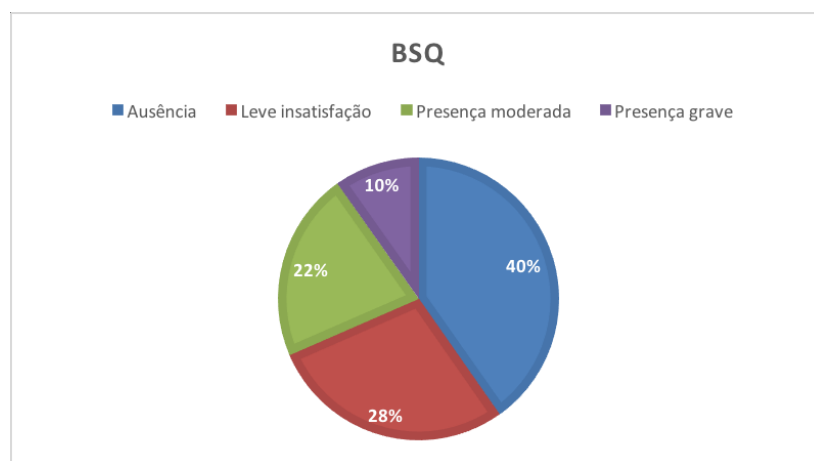


Figura 3 – Questionário de imagem corporal – Body Shape Questionnaire (BSQ-34).

Ao comparar a prevalência de insatisfação com a imagem corporal identificada no presente estudo (59,77%) com outros estudos que utilizaram o BSQ, verifica-se que houve uma maior prevalência ao encontrado por Martins et al. (2010). Em uma cidade de porte médio, localizada no centro do Estado do Rio Grande Sul (Santa Maria), onde 25,3% das adolescentes de 11 a 13 anos apresentaram este desfecho. Da mesma forma, adolescentes residentes na Espanha (porém, de origem latino-americana), de 13 a 17 anos, e na Jordânia (10 a 16 anos) também apresentaram prevalências inferiores, sendo 23,6% e 21,2%, respectivamente (Mousa et al., 2010; Rodríguez; Cruz, 2008).

Neste sentido, pode-se dizer que a insatisfação com a imagem corporal está fortemente presente em adolescentes do sexo feminino de escola particular.

Na avaliação de percepção da imagem corporal pela escala de silhuetas os resultados demonstraram que 16,3% das adolescentes se mostraram satisfeitas com sua imagem corporal, 9,78% anseio em ser mais gordo e 73,92% anseio em ser mais magro.

Masset (2008) em seu estudo observou, na avaliação de percepção da imagem corporal, limitação nesse método de avaliação, mais apesar disso, pode comprovar insatisfação da imagem corporal relacionada ao excesso de peso, resultado semelhante ao obtido no presente estudo.

Segundo Oliveira e Perini (2009), a exposição massificada de determinado padrão de beleza pela mídia, submetendo as garotas à uma situação indireta de pressão junto à obtenção impensada e incansável do ideal de corpo vinculado nos meios de comunicação, que por pode influenciar negativamente na sua auto-imagem corporal.

Considerações Finais

Conclui-se que a prevalência de insatisfação com a imagem corporal e o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares encontrada no presente estudo foi alta. Visto que avaliando o estado nutricional das adolescentes, 71,73% se encontram eutróficas, enquanto na escala de percepção da imagem corporal 73,92% das adolescentes expressaram anseio em ser mais magra, no BSQ Questionnaire 59,77% também demonstraram insatisfação com sua imagem e por fim no Test de Atitudes alimentares (EAT-26) 41,30% das 92 adolescentes que participaram tem risco de desenvolvimento de TAs. Esse resultado vem expressar a importância do planejamento e implementação de estratégias nas escolas que visem promover uma maior aceitação do corpo na adolescência feminina e uma conscientização a respeito das pressões sociais relacionadas à supervalorização da magreza a fim de prevenir e detectar transtornos alimentares o mais precocemente possível, aumentando assim as chances de cura.

Referências

BORGES, N. J. B. G. et al. Transtornos alimentares - quadro clínico. *Medicina Ribeirão Preto Online*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.

CAÑETE, M. C. V.; VITALLE, M. S. S.; SILVA, F. C. Anorexia nervosa: estudo de caso com uma abordagem de sucesso. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 20, n. 2, p. 377-386, 2008.

CASTRO, J. M.; GOLDRNSTEIN, S. Eating Attitudes and behaviors of pre-and postpubertal females: clues to the etiology of eating disorders. *Physiol Behav*, v. 58, n. 1, p. 15-23, 1995.

CENCI, M.; PERES, K. G.; VASCONCELOS, F. A. G. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Revista de psiquiatria clínica*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 83-88, 2009.

CHEMIN, C.; MILITO, F. Transtornos alimentares em adolescentes. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 10, 2007.

CORRÊA, R. S. *Fatores de risco para transtornos do comportamento alimentar em adolescentes estudantes de ballet clássico de Porto Alegre*. 2010. 68p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CORDÁS, T. A. Questionário de Imagem Corporal – versão para mulheres. In: Gorestein C, Andrade L. H. S. G., Zuardi A. W., organizadores. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. Lemos Editorial, p. 352-3, São Paulo, 2000.

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

DUNKER, K. L. L.; FERNANDES, C. P. B.; CARREIRA, D. F. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 156-61, 2009.

FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 14, s. 14, p.3-6, 2001.

KAKESHITA, I. S.; ALEMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 497-504, 2006.

MAGALHÃES, V. C.; MENDONÇA, G. A. S. Transtornos Alimentares em Universitárias, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n. 3, p. 236-245,

2005.

MALDONADO, G. R. A educação física e o adolescente: a imagem corporal e a estética da transformação na mídia impressa. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v. 5, n. 1, 2009.

MARTINS, C.; PETROSKI, E. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. *Motricidade*, Ribeira de Pena, v. 11, n. 2, p. 94-106, 2014.

MASSET, K. V. S. B.; SAFONS, M. P. Excesso de peso e insatisfação com a imagem corporal em mulheres. *Arquivos Sanny de Pesquisa em Saúde*, Santos, v. 1, n. 1, p. 38-48, 2008.

MOUSA, T. Y. et al. Body image dissatisfaction among adolescent schoolgirls in Jordan. *Body Image*, v. 7, n. 1, p. 46-50, 2010.

NUNES, M. A. et al. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. 2ed. Porto Alegre: Artmed, p. 416, 2006.

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

OLIVEIRA F. P.; PERINI T. A. The Female triad in brazilian different sport modalities. In: Columbus AM, editor. *Advances in psychology research: Nova science publishers*, New York, p. 119-139, 2009.

PASTORE D. R.; FISCHE, R. 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. 5, p. 312-319, 1996.

ROCHA, F. O.; VAGETTI, G. C. Prevalência de transtornos alimentares em adolescentes de um colégio privado do município de Marialva-PR.

RODRIGUEZ, S.; CRUZ, S. Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, v. 20, n. 1, p. 131-137, 2008.

SCHERER, F. C. et al. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 198-202, 2010.

SCHMIDT, E.; MATA, G. F. Anorexia nervosa: uma revisão. *Revista de Psicologia*, Niterói, v. 20, n. 2, p. 387-400, 2008.

SILVA, J. D. et al. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3399-3406, 2012.

VILELA, J. E. M. et al. Transtornos Alimentares em Escolares. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 80, n.1, p 49-54, 2004.

Recebido em 23/08/2016

Aprovado em 06/12/2016