



ARTIGO ORIGINAL

Transtornos alimentares e sua relação com o estado nutricional em adolescentes de uma escola particular de Santa Catarina – Brasil*Eating disorders and its relation to nutritional status of adolescents in a private school in Santa Catarina – Brazil*Aline Tamises Marthendal¹, Suemi Shimizu¹, Luciane Coutinho de Azevedo²**Resumo**

Transtornos alimentares (TA) são caracterizados por desvios do comportamento alimentar, que podem comprometer o estado nutricional do indivíduo, principalmente de crianças e adolescente, predispondo-o à desnutrição e também à obesidade. Objetivou-se identificar presença de risco para apresentar TA em adolescentes e sua relação com o estado nutricional. Foi avaliada a presença de risco de TA em uma amostra de adolescentes de uma instituição privada de Santa Catarina (Brasil) por meio do questionário *Eating Attitudes Test* (EAT-26). O estado nutricional foi avaliado pelos indicadores: estatura /idade e índice de massa corpórea/idade (IMC/I). Na análise, adotou-se como o nível de significância um $p < 0,05$. Verificou-se a presença de risco para o desenvolvimento de TA em 10% dos 130 adolescentes avaliados (todos do sexo feminino). Quanto ao estado nutricional, constatou-se que a maioria se apresentava eutrófica, segundo o IMC/I, (76,9%), seguida daquelas com sobrepeso (16,1%). Todos se encontravam com estatura adequada para idade. Não houve associação estatística significativa entre presença de risco para TA e classificações do estado nutricional. Os dados desta pesquisa demonstraram prevalência intermediária de risco para TA em adolescentes de uma instituição de ensino privada, apesar de não identificada associação com o estado nutricional.

Descritores: Adolescente. Estado nutricional. Transtorno alimentar.

Abstract

Eating disorders (ED) are characterized by deviations in eating behavior, which can damage the nutritional status of individuals, mainly children and adolescents, predisposing them to malnutrition and obesity. **Objective:** to identify the presence of risk of having ED in adolescents and its relation to nutritional status. **Methods:** it was evaluated the presence or risk of ED in a sample of adolescents from a private educational institution in Santa Catarina (Brazil) by means of the Eating Attitudes Test (EAT-26). Nutritional status was assessed by indicators such as height / age and body mass index / age (BMI/I). In the analysis, was adopted as the significance level of $p < 0.05$. **Findings:** The presence of risk for the development of ED in 10% of the 130 adolescents studied (all female). Regarding nutritional status, it was found that most of them were, according to the BMI I, eutrophic (76.9%), followed by the overweight (16.1%). All were with adequate height for age. There was no statistically significant association between the presence of risk for ED and the classification of nutritional status. **Conclusion:** The research data showed an intermediate prevalence of ED risk among adolescents in a private educational institution, though not identified association with nutritional status.

Keywords: Adolescent. Nutritional status. Eating disorder.

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) como, anorexia (AN) e bulimia nervosa (BN), são caracterizados por desvios do comportamento alimentar, que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a prejuízos psicológicos e sociais e aumento de morbidade e mortalidade⁽¹⁾. São fenômenos pluridimensionais, resultantes da interação de fatores pesso-

1. Acadêmicos do curso de graduação em Nutrição da Universidade Regional de Blumenau (FURB). Blumenau/ SC. Brasil.

2. Nutricionista. Doutora em Neurociência pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora dos cursos de graduação em nutrição e medicina da Universidade do Vale do Itajaí e do curso de graduação em nutrição da FURB.

ais, familiares e socioculturais, caracterizados pela preocupação intensa com alimento, peso e corpo⁽²⁾.

No Brasil, observa-se um aumento no número de casos com TA atendidos em ambulatórios especializados e em publicações de trabalhos demonstrando a insatisfação corporal e o uso de dietas em adolescentes⁽³⁾. De acordo com Vilela e colaboradores⁽⁴⁾, o gênero feminino tem sido um dos mais afetados, representando cerca de 90 a 95% dos casos. Os homens também são acometidos, mas em proporções menores; aproximadamente 10% dos casos de TA⁽⁵⁾.

Devido à importância epidemiológica do TA, há necessidade de ampliar os estudos com a utilização de instrumentos específicos para seu rastreamento, a fim de que os processos de intervenção e prevenção sejam efetivos e precoces. Os questionários auto preenchíveis são recomendáveis pela facilidade de administração, eficiência e economia no rastreamento de TA na população⁽⁶⁾. Esses apresentam propriedades psicométricas adequadas e permitem aos respondentes revelar um comportamento que, por constrangimento, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face a face com o entrevistador⁽⁷⁾.

Um dos instrumentos autoaplicáveis mais utilizados é o *Eating Attitudes Test* (EAT-26), que apresenta versão em português, o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). O EAT-26 indica a presença de padrões alimentares anormais e fornece um índice de gravidade de preocupações típicas de pacientes com TA, particularmente, no que se refere à intenção de emagrecer e ao medo de ganho de peso⁽⁷⁾. 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⁽⁸⁾.

Tendo em vista o aumento da incidência dos TA nos últimos anos, principalmente em adolescentes, e a gravidade das complicações desses distúrbios, objetivou-se avaliar a presença de risco para o desenvolvimento de TA em alunos de uma escola privada de Santa Catarina, e sua relação com o estado nutricional.

Material e métodos

Este trabalho trata-se de um estudo transversal, prospectivo, de caráter descritivo e analítico, realizado em uma Instituição de Ensino privada localizada no Município de Blumenau/SC, com adolescentes (de ambos os sexos) matriculados no ano de 2010 no ensino médio. A partir do número total de alunos (em média 300), determinou-se uma amostra significativa, com nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e perda amostral de 20%. A seleção dos adolescentes foi realizada

de forma aleatória. Os dados foram coletados somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais ou responsáveis do adolescente selecionado para compor a amostra. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Blumenau (FURB) em março de 2010, sob o número de protocolo 198/09.

Para caracterização da amostra, foram coletados dos adolescentes dados sócio demográficos, como data de nascimento, sexo, pessoas com quem reside, estado civil dos pais e número de irmãos, e, para avaliação do estado nutricional, medidas de massa corporal e estatura, as quais foram utilizadas para a determinação do Índice de Massa Corporal (IMC). O estado nutricional dos adolescentes foi classificado por meio do IMC por idade (IMC/I)⁽⁹⁾ e pela estatura por idade (E/I)⁽⁹⁾. Adotaram-se para avaliação do estado nutricional os pontos de corte de IMC/I e E/I do Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾.

Para a avaliação da presença de fatores preditivos para TA foi aplicado o questionário EAT-26⁽¹¹⁾, que contempla 26 itens distribuídos em três escalas: escala da dieta, de bulimia e preocupação dos alimentos e do controle oral. Cada questão apresenta seis opções de respostas, pontuando de 0 a 3 dependendo da escolha (**sempre** = 3 pontos, **muitas vezes** = 2 pontos, **às vezes** = 1 ponto, **poucas vezes** = 0 ponto, **quase nunca** = 0 ponto e **nunca** = 0 ponto). O somatório total de pontos do questionário pode variar de 0 a 78. Um resultado maior que 21 pontos foi adotado para classificar o adolescente com em risco de apresentar TA^(12,13).

Análise estatística

Os dados da pesquisa foram tabulados no programa *Statistic®*, versão 7.0. As variáveis quantitativas contínuas foram expressas através das médias e desvio-padrão e as categóricas através das frequências absolutas e relativas. A correlação entre as variáveis contínuas foi verificada através da correlação de *Pearson*. A diferença entre as médias, pelo Test-t não pareado. A associação entre as variáveis categóricas foi analisada através do Teste Exato de Fisher. Para análise das questões referentes ao questionário EAT-26, agruparam-se as respostas "sempre" e "muitas vezes" e as respostas "poucas vezes", "quase nunca" e "nunca". Consideraram-se significativas as associações com valor $p \leq 0,05$.

Resultados

Foram selecionados para compor a amostra deste trabalho 169 adolescentes. Desses, avaliaram-se 130, uma vez que dez não aceitaram participar da pesquisa, 19 não devolveram o TCLE assinado pelos pais ou res-

ponsáveis e dez não compareceram no dia da coleta de dados. Dos 130 alunos avaliados, 67 (51,5%) eram do sexo masculino e 63 (48,5%), do sexo feminino, com idade entre 14 a 18 anos (média de $15,6 \pm 0,9$ anos), sem diferença na média de idade entre os sexos. A maioria residia com ambos os pais e apresentava apenas um irmão (ver Tabela I).

Quanto ao estado nutricional, constatou-se que a maioria dos adolescentes se apresentava, segundo a classificação do IMC/I, eutrófica (76,9%), seguido dos com sobrepeso (16,1%) (Tabela II). Todos os avaliados foram classificados com estatura adequada para idade.

Entre os avaliados, constatou-se, por meio da aplicação do teste EAT-26, que 13 adolescentes (10%) se classificaram com risco de apresentar TA (100% eram do sexo feminino). Na análise, não se verificou associação estatística entre a presença de risco para TA e a classificação do estado nutricional (Figura 1). Da mesma forma, não se constatou correlação estatisticamente significativa entre o valor em escores do teste EAT-26 e o valor do IMC.

Nas Tabelas III, IV e V estão descritos os percentuais de adolescentes com e sem risco de apresentar TA, conforme categorias de respostas do questionário EAT-26. A maior parte dos avaliados classificados com risco de apresentar TA referiu que “sempre” “fica apavorado com a ideia de engordar”, “evita comer mesmo com fome”, “preocupa-se com os alimentos ingeridos”, “com sua quantidade calórica (prefere dietéticos) e de carboidrato (principalmente açúcares simples)” e “corta os alimentos em pequenos pedaços antes de consumi-los” ($p < 0,05$ quando comparado com os adolescentes sem risco) (Tabela III).

Dos alunos com risco de ter TA, 53,8% ($n=7$) pensam que “não conseguem parar de se alimentar quando consomem em exagero”, 61,6% ($n=8$) sentem que os “alimentos controlam sua vida” e 53,9% ($n=7$) passam muito tempo pensando em comer. Além disso, entre os com risco de apresentar TA, constatou-se maior frequência de adolescentes que “sempre” sentem-se extremamente culpados depois de comer (53,8%; $n=7$), pensam em queimar calorias a mais ao se exercitarem (76,9%; $n=10$) e “sempre” ou “às vezes” sentem vontade de vomitar após as refeições (53,8%; $n=7$). Destaca-se que apenas um dos 13 adolescentes classificados com risco de apresentar TA referiu vomitar após a ingestão alimentar (sem condições de inferência estatística devido ao baixo número de classificados).

Na percepção dos adolescentes classificados com risco de TA, a maioria “sempre” ou “às vezes” sente que as outras pessoas gostariam que os mesmos ingerissem

maior quantidade de alimentos (76,9%; $n=10$) e os pressionam (53,8%; $n=7$) a comer, apesar de aproximadamente 60% dos avaliados referirem que “nunca” as mesmas pessoas os acham muito magros (ver Tabela V).

Verificou-se também associação estatística entre apresentar risco de TA e de insatisfação corporal (Tabela V). A maior parte dos avaliados com risco de TA (92,3%; $n=12$) “sempre” preocupa-se em ser mais magra, em ter menor quantidade de gordura corporal e em fazer dieta de emagrecimento (76,9%; $n=10$).

Discussão

Na atualidade, observa-se um aumento considerável no número de casos de TA, incidindo cada vez mais em idades precoces, principalmente em adolescentes do sexo feminino⁽¹⁴⁾. Segundo Santos e colaboradores⁽¹⁵⁾, prevalece no imaginário coletivo um padrão de beleza que se impõe especialmente às mulheres, para as quais a aparência física representa uma importante medida de valor pessoal. Ressalta-se que os distúrbios alimentares tornaram-se a terceira forma mais comum de doença crônica entre mulheres adolescentes⁽¹⁶⁾. Reijonen e colaboradores⁽¹⁷⁾ vão mais longe e citam que “a adolescência (entre 15 e 19 anos) representa o período de pico para o aparecimento de distúrbios alimentares entre as mulheres”.

Nesta pesquisa, semelhante a trabalhos citados na literatura^(18,4), identificou-se presença de adolescentes com risco de apresentar TA, com valor percentual de risco intermediário de 10% (de acordo com a classificação de intensidade de risco adotada por Alves *et al.*⁽¹⁹⁾). Destaca-se que todos eram do sexo feminino, com idade variando entre 15 e 17 anos.

O estudo realizado no município de Florianópolis/SC, envolvendo 1148 adolescentes do sexo feminino de instituições públicas e privadas de ensino fundamental e médio, na faixa etária de 10 a 19 anos, revelou incidência de 15,6% de risco⁽¹⁹⁾ e Vilela e colaboradores⁽⁴⁾ demonstraram um percentual de risco de 13,3% em escolares de 7 e 19 anos, também com predominância do sexo feminino, apesar da alta frequência de presença dos TA entre os meninos (40% dos com TA).

Em pesquisa realizada na Espanha, em Madri, com adolescentes escolares de 12 a 18 anos, constatou-se que 8,8% apresentaram risco de desenvolver TA segundo EAT-26, com maior prevalência em indivíduos do sexo feminino (11,8%)⁽²⁰⁾. Por outro lado, maiores percentuais de risco para TA foram encontrados em amostra de estudantes adolescentes do sexo feminino de 15 a 18 anos de um colégio privado de São Paulo (21,1%)

⁽¹⁸⁾ e em estudantes de 12 a 18 anos do sexo feminino de escolas particulares de Ribeirão Preto (41,2%)⁽²¹⁾.

Em pesquisa realizada com estudantes do curso de Nutrição (em Porto Alegre/RS), foi identificada correlação positiva entre os escores do questionário EAT (o mesmo aplicado neste trabalho) e os valores do IMC. Os autores verificaram também alta porcentagem de estudantes com risco de apresentar TA dentro dos limites da eutrofia⁽²²⁾. Corroborando esses achados, Dunker, Fernandes e Carreira Filho⁽³⁾ afirmaram que adolescentes com obesidade apresentam com mais frequência atitudes alimentares anormais do que as eutróficas ou desnutridas, indicando que este aspecto pode contribuir para o aparecimento de TA. Neste trabalho, não se verificou correlação estatística entre os valores de escores de EAT e os do IMC (possivelmente pelo reduzido tamanho da amostra). No entanto, vale ressaltar que, semelhante aos trabalhos citados acima, todas as adolescentes consideradas com risco de ter TA foram classificadas como eutróficas ou obesas, ou seja, mesmo com o peso adequado ou excessivo, mostraram-se demasiadamente preocupadas com seu peso; talvez porque o observam de uma maneira distorcida.

Estudos mostram uma elevada incidência de meninas insatisfeitas com o seu corpo, apesar de serem habitualmente eutróficas^(23,24). No trabalho desenvolvido por González-Juárez e colaboradores⁽²⁰⁾, a respeito da imagem corporal desejada por adolescentes, constatou-se que 56,2% das mulheres e 28,2% dos homens preferiam estar mais magros. Ademais, 70% das mulheres americanas, 48% das espanholas e 50% das mulheres australianas desejam apresentar menor peso que o habitual⁽²⁵⁾.

Aspectos estéticos citados por mulheres com diagnóstico de TA evidenciam a procura pela valorização e aceitação, que para elas é mediada pela magreza. Além disso, a busca do corpo ideal passou a ser uma prioridade na vida dessas mulheres, em que o alcance ou não da magreza tão desejada interfere na sua autoestima⁽²⁶⁾. O destaque dado ao ideal de magreza (culto ao corpo) na sociedade contemporânea, as intensas propagandas na mídia de uma infinidade de regimes para perda de peso e de produtos dietéticos, bem como o crescimento de academias e do número de revistas leigas sobre o assunto fornecem o ambiente sociocultural que justifica a perda de peso, trazendo consigo uma simbologia de que a beleza física proporcionaria autocontrole, poder e "modernidade"⁽²⁷⁾. Entretanto, essa imagem corporal idealizada, na maioria das vezes, é um padrão impossível ou incompatível para a grande maioria da população, podendo ser uma das causas do aparecimento da insatisfação corporal⁽²⁸⁾.

Outro fator citado, neste trabalho, com maior frequência pelas adolescentes classificadas com risco de apresentar TA, foi intensa preocupação com os alimentos ingeridos, principalmente com sua quantidade calórica e de carboidrato (em especial os açúcares). Identificou-se associação estatística entre ter risco para TA e preferir consumir alimentos classificados como dietéticos ou de evitar alimentos conhecidos pelo seu alto teor de calorias. Segundo Claudino e Zanella⁽²⁹⁾, uma manifestação comportamental comum em pacientes com AN é a de apreciar a ideia de evitar alimentos calóricos. No estudo de Nunes e Vasconcelos⁽³⁰⁾, com adolescentes do sexo feminino com TA, houve relatos de que os principais alimentos que deixaram de ser consumidos foram aqueles por elas considerados "besteira" (por exemplo, chocolate), independentemente de suas preferências. Pão, frutas, carne vermelha e frituras também deixaram de ser ingeridas. Além disso, pacientes com TA apresentam grande conhecimento do conteúdo calórico dos alimentos e das dietas de emagrecimento com supervalorização do uso de alimentos *diet* e *light* visando à perda de peso⁽³¹⁾.

Apesar da preocupação com o tipo de alimento consumido, verificou-se também nesta amostra que mais da metade dos adolescentes com risco de desenvolver TA não consegue parar de comer quando ingere alimentos em exagero. Estudos mostram que durante episódios de comer compulsivo presentes nos indivíduos com TA ocorre a sensação de perda de controle que leva ao excesso alimentar dentro de um período limitado de tempo^(29,30). Adicionalmente, um sentimento comum após a ingestão de alimentos entre os adolescentes com TA é o de extrema culpa. Muitos acabam aderindo a atividades compensatórias, tais como: fumo, vômitos auto-induzidos, uso de medicações laxativas e para emagrecer e prática exagerada de atividade física^(32,33). Ressalta-se que, nesta amostra, aproximadamente 80% dos adolescentes com risco de apresentar TA referiram pensar em queimar calorias a mais enquanto se exercitavam e mais da metade referia vontade de vomitar após as refeições.

Como agravante dessas situações, Grando e Rolim⁽³⁴⁾ apontam que as mulheres com TA têm uma família que faz cobranças e que, como elemento formador, tem participação na origem do distúrbio. Verifica-se que os pais de indivíduos com TA tendem a serem mais críticos e preocupados com a ingestão calórica de seus filhos. Porém, pais excessivamente preocupados e protetores podem contribuir para a etiopatogenia da AN e do comportamento bulímico, prejudicando o desenvolvimento de habilidades sociais. Em geral, mães de jovens com TA são mais críticas a respeito do peso e da imagem corpo-

ral de seus filhos, bem como de sua aparência, podendo encorajá-los à prática de dietas restritivas e a se exercitarem na busca de um corpo ideal⁽³⁵⁾.

A prática de dietas representa um risco até 18 vezes maior para o desenvolvimento de TA, portanto essa conduta não deve ser estimulada indiscriminadamente⁽³⁶⁾. Estudos apontam que o medo de engordar reflete na restrição calórica extrema que os pacientes com TA desenvolvem por adotar dietas muito restritivas. Apesar de a dieta ser uma prática frequente, nem toda adolescente que inicia uma dieta, e deseja ser magra, desenvolve AN⁽³⁷⁾. No entanto, num estudo realizado por Astudillo⁽³⁸⁾, a conduta em busca de um corpo magro, com intenso controle alimentar é o fator mais significativo e altamente sensível no tocante à capacidade de prescindir e confirmar um quadro de anorexia e/ou bulimia nervosas. Outro aspecto significativo é a alta motivação para alcançar uma magreza além da esperada, existindo uma discrepância entre o peso real e o idealizado⁽³⁹⁾. Problemas que devem ser considerados neste trabalho, uma vez que a maior parte dos aqui avaliados com risco de TA preocupa-se com o desejo de ser mais magro, em ter menor quantidade de gordura corporal e em fazer dietas de emagrecimento.

É importante enfatizar que o questionário EAT-26 utilizado para realização deste trabalho não garante o diagnóstico positivo para a presença de TA. Porém, a realidade é que muitas pessoas que apresentam sintomas de TA não se manifestam com critérios claros de diagnóstico⁽⁴⁰⁾. Um dos fatores que dificultam o diagnóstico de TA deve-se ao fato de que atualmente um regime alimentar com limitações quantitativas e qualitativas dos alimentos é encarado como atitude normal, na qual não desperta intensa preocupação pelos os que cercam estes indivíduos com TA⁽⁴¹⁾. Além disso, muitas vezes os casos de TA não são vistos nem compreendidos com a seriedade que merecem o que dificulta e retarda a busca por ajuda médica, psicológica e nutricional, fundamentais nos casos desses transtornos⁽³⁰⁾. Os TA acabam sendo reconhecidos com grande variação no tempo de sintomas até o diagnóstico⁽⁴²⁾. A pesquisa de Hudson *et al.*⁽⁴³⁾ revelou que o tempo médio de sintomas apresentados por pacientes com AN foi de 1,7 ano e na BN, de 8,3 anos.

A falta de conhecimento e de aceitação dos TA como doença prejudica ainda mais o indivíduo acometido podendo, até mesmo, levá-lo à morte⁽³⁰⁾. Segundo Abate-Daga *et al.*⁽⁴⁴⁾ os TA são doenças mentais graves e complexas de patogênese biopsicossocial e que são muitas vezes caracterizadas por um curso crônico e incapacitante. O atraso entre o início dos sintomas e o tratamento geralmente leva a complicações que incluem

emagrecimento, anemia, amenorréia, convulsões, hemorragia esofágica, cárie dentária, arritmias cardíacas, problemas ósseos, constipação, infertilidade, osteoporose e outras complicações graves de uma doença enraizada⁽⁴⁰⁾. Complicações físicas combinadas com sofrimento emocional podem se arrastar em anos de tratamento físico e psicológico⁽⁴⁰⁾. As complicações são ainda mais graves na faixa etária da adolescência que se associam ao déficit em crescimento e desenvolvimento físico, mental e emocional⁽⁴⁵⁾. Citam-se que longos períodos de desnutrição causam mudanças físicas nos músculos, na integridade da parede do intestino e de suas enzimas digestivas, bem como alterações metabólicas compensatórias do organismo para lidar com a desnutrição⁽⁴⁶⁾. Metade das mortes em pacientes com AN ocorre por suicídio e metade das complicações clínicas decorrentes do quadro, em especial por arritmias cardíacas. Com relação à BN podem estar presentes alguns sintomas psiquiátricos como transtornos depressivos, ansiosos, bem como abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas⁽³¹⁾.

Diante da gravidade dos fatos, a investigação dos TAs, através da aplicação do questionário EAT 26, mostra-se uma ferramenta importantíssima para verificar a prevalência destes transtornos que ocupam a terceira colocação entre as doenças crônicas que mais afetam adolescentes do sexo feminino⁽⁴⁷⁾.

Conclusão

Evidenciou-se com este estudo: (I) frequência intermediária de risco de apresentar TA, entre os adolescentes do gênero feminino e (II) falta de associação estatística entre a presença de risco para o desenvolvimento de TA e as categorias de classificações do estado nutricional.

Sugere-se a continuidade desta investigação nas demais escolas particulares e em escolas da rede de ensino público de Blumenau (SC), a fim de se identificar de forma precoce a presença de riscos para o desenvolvimento dessas doenças nos adolescentes para, consequentemente, encaminhá-los ao tratamento especializado. Acredita-se que, nesse caso, ações preventivas devem merecer atenção dos pais, educadores, clínicos e pesquisadores.

Referências

1. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiq Clin.* 2004, 31 (4): 154-157.
2. Kirsten VR, Fratton F, Porta NBD. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Rev Nutr.* 2009 mar/abr, 22 (2): 219-227.

3. Dunker KLL, Fernandes CPB, Carreira Filho D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *J Bras Psiquiatr.* 2009, 58 (3): 156-161.
4. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr (Rio J).* 2004; 80(1): 49-54.
5. Melin P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002, 24 (3): 73-76.
6. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumento para avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002, 24 (3): 34-8.
7. Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopercebíveis. *Rev Bras Epid.* 2005, 8 (3): 236-245.
8. Cordás TA, Neves JPP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev Psiq Clin.* 1999, (26): 41-7.
9. WHO - World Health Organization. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization.* 2007, 85: 660-667.
10. Ministério da Saúde. Sisvan – Notas Técnicas. 2004. [acessado 10 dez 2009]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgiwin/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html.
11. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PA. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlations. *Psychol Med.* 1982, 12 (4): 871-878.
12. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Tests: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9:273-9.
13. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord.* 1983, 2: 15-34.
14. Silva LM, Santos MA. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. Simpósio: transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. Medicina, Ribeirão Preto. 2006, 39 (3): 415-24.
15. Santos MA, Oliveira EA, Moscheta MS, Ribeiro RPP, Santos JE. "Mulheres plenas de vazio": os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Rev NESME.* 2004, (1): 46-51.
16. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Ress J, Schebendach J, et al. Eating disorders in adolescents: a Background Paper. *J Adolesc Health.* 1995; 16: 420-37.
17. Reijonen JH, Pratt HD, Patel DP, Greydanus DE. Eating disorders in the adolescent population. *Journal of adolescent Research.* 2003 mai, 18: 209-222.
18. Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr.* 2003; 16:51-60.
19. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008 mar, 24 (3): 503-512.
20. González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Cabrerab BM, Paua IM, Pabla RR, Escaleraa PVT. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Aten Primaria.* 2007, 39 (4) : 189-94.
21. Bighetti F. Tradução e validação do eating attitudes test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto SP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
22. Penz LRP, Dal Bosco SM, Vieira JM. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. *Scientia Medica.* 2008 jul/set, 18 (3): 124-128.
23. Triches RM, Giugliani ERJ. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Rev Nutr.* 2007 mar/abr, 20 (2) : 119-128.
24. Branco LM, Hilário MOE, Cintra IP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev Psiq Clín.* 2006, 33 (6): 292-296.
25. Huon GF. Dieting, binge eating and some of their correlates among secondary school girls. *Int J Eat Disord.* 1994, (15) : 159-64.
26. Souto S, Ferro-Bucher JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Rev Nutr.* 2006 nov/dez, 19 (6) : 693-704.
27. Dallerra S, Sorrentino N. A psicodietista: por que comemos, por que engordamos, como parar. São Paulo: Paulus, 1997.
28. Jackson E. Alimento e transformação: imagens e simbolismo da alimentação. São Paulo: Paulus, 1999.

29. Claudino AM, Zanella MT. Guia de transtornos alimentares e obesidade. Barueri: Manole, 2005.
30. Nunes AL, Vasconcelos FAG. Transtornos alimentares na visão de meninas adolescentes de Florianópolis: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010, 15 (2): 539-550.
31. Cordás TA, Kachani AT. Nutrição em psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2010.
32. Peñas-Lledó E, Leal FJV, Waller G. Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2002; 31: 370-5.
33. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Dos Santos JE. Transtornos alimentares: quadro clínico. Simpósio: transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2006 jul/set, 39 (3): 340-8.
34. Grando LH, Rolim MA. Família e transtornos alimentares: As representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2005, 13(6): 989-995, 2005.
35. Halmi KA. The multimodal treatment of eating disorders. *World Psychiatry*. 2005, 2005;4 (2):69-73.
36. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*. 1999; 318 (7186):765-8.
37. Bagattini CM. Transtornos severos de la alimentación: anorexia nerviosa e bulimia. *Psiquiatr Urug*. 1998, 62 (2): 1-42.
38. Astudillo RB. Transtornos del hábito del comer em adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Méd Chile*. 1998, 126 (9): 1085-92.
39. Morgan CM, Azevedo AMC. Aspectos sócio- culturais dos transtornos alimentares. *Psychiatry on line Brazil*. 1998, 3 (2): 1-8.
40. Duncan DS. The eating survey: disordered eating and clinical cutoff score for adolescents ages 14-17 [Tese]. Utah, Brigham Young University; 2005.
41. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrao AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos socioculturais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(Suppl 3):18-23.
42. Palma RFM, Santos JE, Ribeiro RPP. Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado. *J Bras Psiquiatr*. 2013; 62 (1):31-7.
43. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The Prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007; 61 (3): 348-58.
44. Abbate-Daga G, Amianto F, Delsedime N, De-Bacco C, Fassino S. Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinical overview. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:294.
45. Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EBSM, Fiates GMR. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(1): 96-103.
46. Marzola E, Nasser JA, Hashim SA, Shih PB, Kaye WH. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:290.
47. Pedrinola F. Nutrição e transtornos alimentares na adolescência. *Pediatria Modern*. 2012; 48 (7)

Tabela I: Características demográficas e sociais dos alunos do ensino médio participantes da pesquisa. Blumenau, Santa Catarina, 2010.

Características	Principal n (%)	Outros resultados n (%)
Sexo	67 (51,5) masculino	63 (48,5) feminino
Idade (anos)	15,6± 0,9*	
Estado civil dos pais	101 (77,7) casados	29 (22,3) não casados
Número de irmãos	74 (56,9) um	26 (20) dois; 19 (14,6) zero; 8 (6,1) três; 2 (1,5) quatro; 1 (0,7) seis
Com quem reside	104 (80) ambos os pais;	22 (16,9) mãe ou pai; 3 (2,3) pai e madrasta ou mãe e padrasto; 1 (0,7) amigos

Legenda: * média±desvio-padrão

Tabela II: Percentual de adolescentes, estratificados por gênero, conforme classificação do estado nutricional. Blumenau, Santa Catarina, 2010.

Estado Nutricional	Total % (n)	Feminino % (n)	Masculino % (n)
Desnutrido	1,5 (2)	3,2 (2)	0 (0)
Eutrófico	76,9 (100)	84,1(53)	70,1(47)
Sobrepeso	16,1(21)	9,2(6)	22,3(15)
Obesidade	5,4(7)	3,2(2)	7,5(5)
Total	100 (130)	100 (63)	100 (67)

Figura 1: Percentual de adolescentes com risco para apresentar Transtorno Alimentar, segundo o teste *Eating Attitudes Test* (EAT-26). Blumenau, Santa Catarina, 2010.

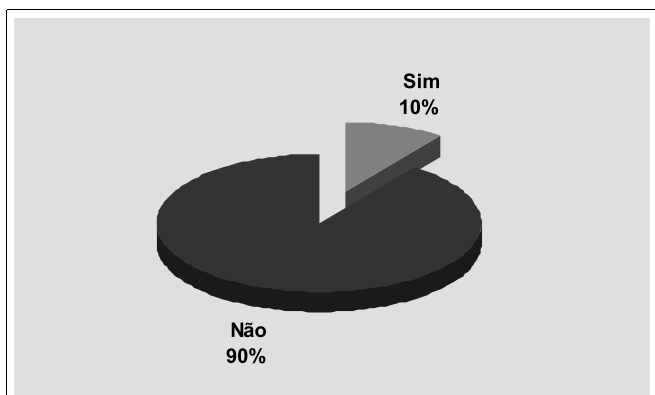


Figura 2: Percentual de adolescentes com ou sem risco para apresentar transtorno alimentar, conforme classificação do estado nutricional. Blumenau, 2010.

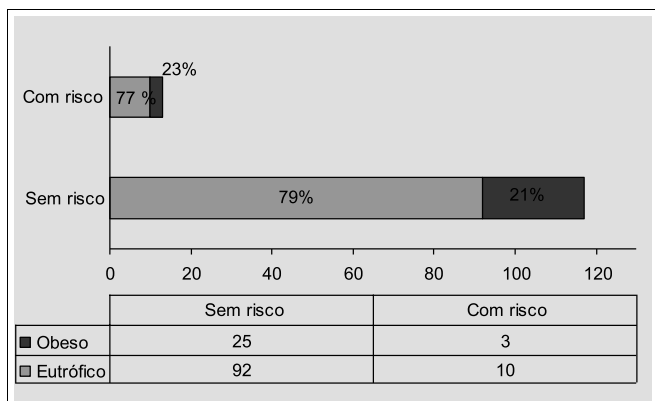


Tabela III: Percentual de adolescentes com e sem risco de apresentar transtorno alimentar, conforme as categorias de respostas do questionário *Eating Attitudes Test* (EAT-26). Blumenau, Santa Catarina, 2010. Parte 1.

QUESTÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Apavorado em engordar*			
SIM	84,6 (11)	7,6 (1)	7,6 (1)
NÃO	13,7 (16)	19,8 (23)	66,3 (78)
Evitar comer, mesmo com fome*			
SIM	23,1 (3)	38,5 (5)	38,5 (5)
NÃO	0,0 (0)	11,2 (13)	88,8(104)
Preocupa-se com os alimentos*			
SIM	76,9(10)	23,1(3)	0,0 (0)
NÃO	2,6(3)	38,5(45)	58,9(69)
Fico atento a quantidade de calorias do alimento*			
SIM	84,6(11)	7,7(1)	7,7(1)
NÃO	2,5 (3)	14,5(17)	82,9(97)

QUESTÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Evito comer alimentos que contenham açúcar*			
SIM	30,8(4)	30,8(4)	38,5(5)
NÃO	0,0(0)	14,5 (17)	85,5(100)
Costuma ingerir alimentos dietéticos*			
SIM	23,1(3)	15,4(2)	61,5(8)
NAO	0,8 (1)	11,9 (14)	87,2(102)
Evita alimentos ricos em carboidrato*			
SIM	46,1(6)	23,1(3)	30,8(4)
NÃO	0,0 (0)	2,6(3)	97,4(114)
Corta os alimentos em pequenos pedaços*			
SIM	53,8(7)	38,5(5)	7,7(1)
NÃO	6,8 (8)	41,0 (48)	52,1(61)
Sente desconforto após comer doces*			
SIM	61,5(8)	23,1(3)	15,4(2)
NÃO	0,0 (0)	9,4 (11)	90,6 (106)
Gosta de sentir meu estômago vazio*			
SIM	38,5(5)	23,1(3)	38,5(5)
NÃO	0,0 (0)	5,9 (7)	94(110)

Legenda: *p<0,05 comparando os com (SIM) e sem (NÃO) risco de apresentar Transtorno Alimentar.

Tabela IV: Percentual de adolescentes com e sem risco de apresentar transtorno alimentar, conforme as categorias de respostas do questionário *Eating Attitudes Test* (EAT-26). Blumenau, Santa Catarina, 2010. Parte 2.

QUESTÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Come em exagero e pensa que não pode parar*			
SIM	38,5(5)	15,4(2)	46,1(6)
NÃO	0,0 (0)	11,9(14)	88,0 (103)
Sente que os alimentos controlam sua vida*			
SIM	23,1(3)	38,5(5)	38,5(5)
NÃO	0,0 (0)	11,9(14)	88,0 (103)
Passa muito tempo pensando em comer			
SIM	15,4(2)	38,5(5)	46,1(6)
NÃO	1,7 (2)	33,3 (39)	65,5(76)
Gosta de experimentar novos alimentos ricos em calorias			
SIM	7,7(1)	23,1(3)	69,2(9)
NÃO	7,6 (9)	33,3 (39)	59,5(69)
Culpa-se depois de comer*			
SIM	53,8(7)	30,8(4)	15,4(2)
NÃO	0,0(0)	6,8 (8)	93,1(109)
Pensa em queimar calorias a mais quando se exercita*			
SIM	76,9(10)	23,1(3)	0,0(0)
NÃO	11,1 (13)	29,9 (35)	59,5(69)
Sente vontade de vomitar após as refeições**			
SIM	30,8(4)	23,1(3)	46,1(6)
NÃO	0,0(0)	0,0(0)	99,1(116)

QUESTÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Vomita depois de comer			
SIM	7,7(1)	0,00 (0)	92,3(12)
NÃO	0,00 (0)	0,00 (0)	100,0(117)

Legenda: * $p < 0,05$ comparando os com (SIM) e sem (NÃO) risco de apresentar Transtorno Alimentar; & neste item um avaliado deixou a questão em branco.

Tabela V: Percentual de adolescentes com e sem risco de apresentar transtorno alimentar, conforme as categorias de respostas do questionário *Eating Attitudes Test* (EAT-26). Blumenau, Santa Catarina, 2010. Parte 3.

QUESTÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Sinto que outros gostariam que comesse mais*			
SIM	38,5(5)	38,46(5)	23,08(3)
NÃO	8,6(10)	18,10(21)	73,5(86)
Sinto que os outros me pressionam para comer*			
SIM	30,8(4)	23,1(3)	46,1(6)
NÃO	7,8(9)	6,9(8)	85,4(100)
As pessoas me acham muito magro (a)			
SIM	23,1(3)	15,4(2)	61,5(8)
NÃO	5,9 (7)	23,9 (28)	70,0 (82)
Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas*			
SIM	14,7(17)	23,3(27)	62,1(72)
NÃO	11,1 (13)	27,3 (32)	61,5(72)

Legenda: * $p < 0,05$ comparando os com (SIM) e sem (NÃO) risco de apresentar Transtorno Alimentar.

Tabela VI: Percentual de adolescentes com e sem risco de apresentar transtorno alimentar, conforme as categorias de respostas do questionário *Eating Attitudes Test* (EAT-26). Blumenau, Santa Catarina, 2010. Parte 4.

QUESTÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Preocupo-me com o desejo de ser mais magro (a)*			
SIM	92,3(12)	7,7(1)	0,0(0)
NÃO	4,3 (5)	29 (34)	67,2(78)
Faço regimes para emagrecer*			
SIM	76,9(10)	15,4(2)	7,7(1)
NÃO	6,0(7)	10,3(12)	83,8(98)
Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo*			
SIM	92,3(12)	7,7(1)	0,0(0)
NÃO	0,85 (1)	37,6(44)	62,1(72)
Demonstro autocontrole diante dos alimentos			
SIM	30,8(4)	30,8(4)	38,5(5)
NÃO	41,4(48)	21,5(25)	37,6 (44)

Legenda: * $p < 0,05$ comparando os com (SIM) e sem (NÃO) risco de apresentar Transtorno Alimentar.

Endereço para correspondência:
 Luciane Coutinho de Azevedo
 Rua Amazonas, 2960/908B. Garcia
 Blumenau/ SC.
 CEP: 89022000
 E-mail: lu.cda@terra.com.br