

RISCOS E FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO

Clodovaldo Gomes de Carvalho Silva¹
 Carla Andréia Alves Andrade²
 Ednaldo Cavalcante de Araújo³
 Ana Márcia Tenório Souza Cavalcanti⁴

RESUMO

Estudo exploratório descritivo, de natureza quantitativa, com o objetivo principal de analisar e identificar riscos e fatores de risco associados aos transtornos alimentares de adolescentes do gênero feminino de um colégio público federal em Recife. A amostra não probabilística por conveniência de 60 adolescentes, definida por critérios de acessibilidade, respondeu um questionário composto por 42 itens no período de 30 de Junho a 21 de Julho de 2006, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães. Os dados foram organizados, dispostos no Programa Excel e submetidos à análise estatística elementar, considerando números absolutos e valores percentuais. Dentre os principais resultados foram observados que 40,0% das adolescentes estavam entre os 10 aos 13 anos; de acordo com o índice de massa corporal, 60,0% foram consideradas subnutridas, 36,6% com peso normal para idade e 3,33% com sobrepeso ou obesas; os percentuais indicativos de práticas de "orgia alimentar" corresponderam a 6,0% em adolescentes que praticavam a maior parte do tempo e, 8,0%, uma vez por semana; quanto à percepção da auto-imagem, foi encontrado o percentual de 70,0% para as adolescentes que estavam insatisfeitas com sua auto-imagem; 14,04% opinaram apresentar comportamentos de riscos realizados na maior parte do tempo, 18,33% uma vez por semana e 28,09% uma vez por mês. Entretanto, 39,52% opinaram nunca terem apresentado estes tipos de comportamentos e 60,46% afirmaram fazer redução de alimentos calóricos e gordurosos. Estes resultados mostram-se importantes por revelarem riscos e fatores de risco associados aos transtornos alimentares e a frequência com que comportamentos de riscos são realizados pelas adolescentes.

Descritores: Fatores de risco; Transtornos da alimentação; Adolescentes.

RISKS AND RISK FACTORS FOR DISORDERS ALIMENTARY IN FEMALE ADOLESCENTS

ABSTRACT

This is about a descriptive exploratory study in a quantitative boarding, aiming at analyzing and to identify risks and risk factors associates to female adolescents' disorders alimentary of a federal public school at Recife. The sample not probabilistic by convenience from 60 adolescents, defined for accessibility criteria, answered the questionnaire with 42 questions from June to July 2006. The data had been organized, made use in the Excel Program and submitted to analysis elementary statistics, considering absolute numbers and percentile values. It had been observed amongst the main results that 40,0% of the adolescents were from 10 to 13 years; according to corporal mass index, 60,0% were considered malnourished, 36,6% with normal weight for age and 3,33% with overweight or fat; the practical indicative percentages of "alimentary orgy" had corresponded to 6,0% in adolescents who practiced most of the time and, 8,0%, a time per week; as for self-image perception had been found the percentages of 70,0%, for adolescents who were unsatisfied with its self-image; 14,04% had thought to present risks behaviors the most part of the time, 18,33% a time per week and 28,09% a time for month. However, 39,52% had never designated to present these behavior types and 60,46% had affirmed to make caloric and greasy food reduction. These results not only reveal important for disclosing risks behaviors, but for the frequency with that they are made. These results reveal itself important for evidencing risks and factors of risk associates to alimentary disorders and the frequency with that risks behaviors are carried through by the adolescents.

Descriptors: Risk factors; Eating disorders; Adolescents.

RIESGOS Y FACTORES DE RIESGO PARA LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS EN ADOLESCENTES DEL GENERO FEMININO

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo, de abordaje cuantitativo, tiene como objetivo analizar e identificar riesgos y factores de riesgo asociados a los desórdenes alimentarios de adolescentes femeninas de una escuela pública federal en Recife. La muestra no probabilística por conveniencia de 60 adolescentes, definida por el criterio de accesibilidad, contestaron un cuestionario con 42 preguntas entre junio a julio de 2006, previa aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Agamenon Magalhães. Los datos fueron procesados en el programa Excel y el análisis sometido a la estadística elemental, considerando valores absolutos y relativos. Entre los principales resultados han sido observados que el 40,0% de las adolescentes eran entre 10 y 13 años; de acuerdo al índice de masa corporal el 60,0% estaban subalimentada, 36,6% con el peso normal para la edad y 3,33% con sobrepeso u obesas; los porcentajes indicativos de prácticas de "atracon alimentario" corresponderían al 6% en las adolescentes que practicaban la mayor parte del tiempo y, 8,0%, una vez por semana; en cuanto a percepción de su autoimagen fue encontrado que el 70%, de las adolescentes estaba insatisfechas con su autoimagen; el 14,04% opinan que presentan comportamientos de riesgos la mayor parte del tiempo, 18,33% una vez por semana y 28,09% una vez por mes. Sin embargo, el 39,52% nunca había presentado estos tipos de comportamientos y 60,46% afirmaron que han reducido alimentos calóricos y con grasa. Estos resultados se revelan importantes por que evidencian riesgos y los factores del riesgo asociados a los desórdenes alimenticios y la frecuencia con que los comportamientos son realizados por las adolescentes.

Descriptores: Factores de riesgo; Trastornos de la Conducta Alimentaria; Adolescentes.

¹Enfermeiro graduado pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Coordenador da Atenção Básica em Saúde do Município de Cabrobó (PE) – Brasil. E-mail: dadocarvalho@hotmail.com

²Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: carlandrya2@yahoo.com.br

³Professor Doutor Adjunto II do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Pós-doutorando em Sorbonne, Paris – França. E-mail: ednenjp@gmail.com

⁴Professora Assistente do Departamento de Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: anapopita@gmail.com

INTRODUÇÃO

Embora a alimentação seja vital para a sobrevivência humana, constitui-se também numa das principais expressões do relacionamento humano com o mundo, com a qual, desde cedo, foram estabelecidas entre mãe e filho, e posteriormente, familiares e todos que o cercavam. Para o bebê que foi amamentado, a mãe lhe proporcionou, dentre outros sentimentos, afeto — fundamental tanto para o seu crescimento e desenvolvimento, como fonte favorável de experiência psíquica e condicionamento sociocultural.⁽¹⁻³⁾

A infância constitui-se em grande desafio para o estabelecimento de bons hábitos alimentares, e a adolescência, para a permanência neles. Do ponto de vista nutricional, tanto crianças quanto adolescentes, passam por diversas mudanças alimentares que, na maioria das vezes, em domicílio os adultos lhes proporcionam alimentos inadequados, levando-os prontos para a escola ou os adquirindo na cantina, que, com frequência, não os dispõe dos mais saudáveis para lhes oferecer, e o critério de escolha deles será o de sua preferência e não o de valores nutricionais mais completos.⁽⁴⁾ Vale notar que a necessidade de uma ingesta adequada de nutrientes é imprescindível durante o primeiro ano de vida do ser humano e durante a fase do “estirão” na adolescência.⁽⁵⁾

Nas mais das vezes, alguns adolescentes podem assumir alguns aspectos mais doentios do meio em que vivem. Prova disso são que comumente estão fazendo críticas ao próprio corpo e insatisfeitos com o seu peso, constituindo-se numa alteração na percepção corporal com diminuição gradativa de suas atividades sociais. Fazem constantes dietas e continuam, mesmo ao perderem peso, até quando atingem peso desproporcional a sua altura.^(6,7)

Alguns adolescentes não se sentem preparados para enfrentar as mudanças físicas e psicológicas que lhes são impostas pelo crescimento físico e desenvolvimento psicoemocional. Muitas vezes, isolam-se e prolongam sua infância, apresentando problemas alimentares, tais como os Transtornos Alimentares (TAs). Dentre estes, a ingesta de alimentos pode ser um elo de prazer com o mundo e, em outros casos, uma forma de mascarar seus sentimentos.⁽⁴⁾

A literatura não atribui aos TAs como provenientes de causa única. Podem ter origem dentre diversas causas, entre as quais o histórico de obesidade, a humilhação e os fracassos sociais associados. Crianças e adolescentes demonstram atitudes e concepções negativas frente à obesidade. Em alguns casos, a obesidade pode ser uma válvula de escape para determinados desajustes psicológicos, buscando com isso resolver frustrações e satisfação imediata, criando-se apenas mais um problema.^(4,8)

Um tipo de TA comum entre adolescentes, a doença Anorexia Nervosa (AN), tem início com um jejum progressivo, em que alimentos calóricos deixam de ser consumidos e, logo após deixam-se outros tipos de alimentos. Com isso, há uma restrição energética que afeta o consumo dos macronutrientes. Os carboidratos e as gorduras são constantemente evitados, enquanto as proteínas, consumidas normalmente. Contudo, com a ingestão energética insuficiente, acaba-se por deixar sua utilização comprometida.⁽⁶⁾

O início da bulimia nervosa (BN) varia dos 13 aos 19 anos, com média de idade de 16,3 anos, com característica principal da ingestão de alimentos muito calóricos, de forma compulsiva até o limite gástrico e, após isso, provoca-se o vômito, em alguns casos; em outros, faz-se exercícios exaustivos ou o

uso de laxantes e/ou diuréticos. Quando em casos extremos, pode trazer consequências físicas semelhantes a estados de desnutrição crônica, podendo haver diferenciação em curvas de crescimento, atraso e até interrupção do desenvolvimento puberal.^(8,9)

Na atualidade os TAs apresentam abordagem diferente do que ocorria há décadas. São apresentados novos fatores de risco à saúde humana, os quais se manifestam tanto na adolescência quanto na idade adulta. Entretanto, podem ocorrer em idades mais precoces, mesmo na infância propriamente dita. Ao ocorrer na adolescência, há indícios de que se identificando precocemente, torna-se possível prevenir seus agravantes.⁽⁴⁾

O aumento de casos de TAs representa uma causa de preocupação para todos os profissionais da área da saúde, pois como há escassez de estudos epidemiológicos, a determinação da incidência, de maneira detalhada é bastante difícil. Restrições de caráter metodológico são impostas aos estudos em virtude da imprecisão de critérios diagnósticos, bem como a realização da coleta de dados em áreas circunscritas. Quanto aos indivíduos que apresentam TAs, por apresentarem distorção em seu conceito de auto-imagem podem comprometer sua qualidade de vida, desencadeando conflitos internos e externos em sua convivência cotidiana; pode haver diminuição em seu rendimento escolar, na sua produtividade e danos fisiológicos.⁽¹⁰⁾

Atualmente os TAs têm sido constantemente tematizados pela mídia (novelas, programas de auditório, jornais e revistas), o que se percebe sua relevância. A importância de conhecermos se há adolescentes do gênero feminino que apresentam riscos e fatores de risco para tais transtornos em um colégio público federal do Recife, justifica-se pelo fato de estar localizado no campus universitário, possuir um caráter institucional favorável à realização de estudos científicos e um ambulatório destinado ao atendimento a adolescentes, visto que os alunos matriculados nessa instituição se adequam a faixa etária apropriada para o desenvolvimento de TAs.⁽⁴⁾

Diante do exposto, este trabalho apresenta os seguintes objetivos:

Analisar e identificar os riscos e os fatores de risco associados aos transtornos alimentares de adolescentes do sexo feminino de um colégio público federal do Recife.

Identificar a prevalência dos transtornos de comportamento alimentar e sua possível associação como fatores de riscos.

MÉTODO

Estudo exploratório descritivo de natureza quantitativa. Este tipo de estudo tem o objetivo de proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato e tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis. Com relação ao estudo descritivo, é aquele que o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona os fatos ou fenômenos.⁽¹¹⁾

A população desse estudo foi de adolescentes do gênero feminino que estavam matriculadas da 5ª a 2ª série do ensino médio e a amostra não probabilística, tipo intencional, de 60 adolescentes, foi definida por critérios de acessibilidade, que atenderam previamente aos seguintes critérios de inclusão: terem idade entre os 10 aos 19 anos; estarem regularmente matriculadas na instituição; aceitassem em responder espontaneamente o instrumento de coleta de dados EBBIT (Eating Behaviours and Body Image Test) (Anexo I)^(4,12) e autorizados pelos pais, através da Circular 17/06 — CEF emitida pela própria instituição. Como

critério de exclusão foi considerado a inobservância de qualquer item dos critérios de inclusão.

O instrumento para a coleta de dados utilizado nesse estudo foi composto por 42 itens, o qual as respostas traduziram comportamentos alimentares que foram atribuídas pontuações distintas. Para cada alternativa escolhida foram conferidos pontos de 0 a 3, onde a pontuação máxima 3 correspondeu à resposta “a maior parte do tempo” e a mínima 0 correspondeu a “nunca” (entre os extremos temos os termos “freqüentemente” com pontuação 2 e 1 que equivaleu ao termo “raramente”).^(4,12)

O teste foi dividido em três subescalas, sendo elas: insatisfação com a imagem corporal, hábitos de comer em excesso e comportamentos precursores de distúrbio alimentar.^(4,12)

A coleta de dados foi realizada em uma sala do referido Colégio, no período de 30 de Junho a 21 de Julho de 2006, com autorização prévia da direção, após o projeto ter sido aprovado em 26 de maio de 2006 pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, respeitando-se os princípios basilares da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que orienta as pesquisas envolvendo os seres humanos.⁽¹³⁾

Para viabilizar a coleta de dados, solicitamos aos profissionais responsáveis pelos alunos para emitirem comunicado aos pais informando sobre o estudo assim como solicitando que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido e pós-esclarecido, para que o filho dele pudesse participar dessa investigação. Com isso realizado, a coleta de dados aconteceu em dois momentos, a saber:

1) No primeiro, o questionário foi entregue para as adolescentes responderem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido e pós-esclarecido.

2) No segundo, foram feitas as medições antropométricas, de acordo com as seguintes etapas para se mensurar a massa corporal de cada adolescente: calibragem da balança; travamento da balança; foi perguntado a adolescente sobre o seu peso, para se estimar o peso aproximado e ajustar os cilindros da balança à carga prevista, posicionando-os no local correspondente; pedimos a adolescente para subir à balança, posicionar-se na parte central, com posterior retirada da trava, efetuamos a leitura; em seguida, retornamos os cilindros ao ponto zero.

A determinação da estatura, que correspondeu à medida da distância entre o vértex e a região plantar, foi procedida do seguinte modo: a cabeça posicionada com o plano de Frankfurt paralelamente ao solo; a adolescente posicionou-se descalça ou usando meias finas; pés, calcanhares, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital ficou em contato com o estadiômetro; após inspiração máxima seguida de apnéia, realizou-se a leitura da estatura.

De posse dos resultados foi-nos possível realizar os cálculos do IMC.

Por fim, os dados foram organizados, dispostos no programa Excel e submetidos à análise estatística-descritiva, considerando números absolutos e valores percentuais.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como estratégia de análise, os seguintes agrupamentos de questões foram feitos:

As questões 8, 14, 18, 34 e 35, que ressaltaram comportamentos bulímicos, como “orgias alimentares,” estão dispostas na Tabela 3.

As questões 11, 17, 23 e 36 que estavam relacionadas a fatores de risco precipitantes e mantenedores dos TAs, estão dispostas na Tabela 4.

O gráfico 1 corresponde as questões que abordavam insatisfação com a auto-imagem, foi composto pelos seguintes itens: 2, 5, 10, 24 e 33.

O gráfico 2 abordou comportamentos de risco relacionados a ganho de peso com as seguintes questões: 6, 7, 15, 19, 27, 28 e 32.

Já o gráfico 3 abordou comportamentos de risco relacionados a restrição alimentar auto-imposta, composto pelos seguintes itens: 21 e 29.

As questões 1, 3, 4, 9, 12, 13, 16, 18, 20, 22, 25, 26, 30, 31, 37, 38, 39, 40, 41 e 42 não foram incluídas nos agrupamentos, pelo fato de terem sido consideradas de menor significado para a análise, assim como as questões abertas, visto que apresentaram resultados pouco expressivos nesse estudo.

Tabela 1. Distribuição por faixa etária de adolescentes do gênero feminino de um colégio público federal de Recife. Recife, 2006.

Faixa etária	N	%
10 – 13	24	40,0
13 – 16	22	36,7
16 – 19	14	23,3
Total	60	100

Observa-se na tabela 1 que 40,0% das adolescentes estão entre os 10 aos 13 anos, 36,6% entre 13 e 16 anos e 23,3% entre 16 e 19 anos. Vale salientar que a faixa entre os 10 aos 12 anos, é mais indicativa de surgimento de TAs que as outras, pelo fato de ser marcada por transição em que as mudanças internas e externas tornam-se mais acentuadas, havendo um interesse particular em se buscar respostas para seus questionamentos, reforçando-se a necessidade de estar atento a possíveis evidências de fatores de risco.⁽¹⁴⁾

Nos dias atuais, é possível descrever o que poderia ser chamado de comportamento de risco para desenvolver um TA que, de maneira geral, os pacientes bulímicos ou anoréxicos, muito antes da doença estabelecida, já apresentavam alguma alteração emocional e do comportamento. Emocionalmente esses pacientes de risco apresentavam alguma crítica constante a alguma parte do corpo, insatisfação com o peso, enfim, alguma alteração na percepção corporal (Dismorfia) com diminuição gradativa de suas atividades sociais. Comportamentalmente apresentavam hábito de “fazer dieta” mesmo quando o peso estava proporcional à estatura e, mesmo ao perderem peso, continuavam com a dieta.⁽¹⁴⁻⁵⁾

Vale ressaltar que todas essas modalidades de comportamento são de avaliação muito difícil, quando se trata de adolescente, visto que nessa faixa etária, o isolamento, os problemas de relacionamentos, a preocupação e vergonha com o corpo, a distorção da auto-imagem, aumento do apetite, modismos alimentares, dentre outros, são característicos e esperados, fazendo parte da chamada Síndrome da Adolescência Normal.⁽⁷⁾

Tabela 2. Distribuição por faixa etária relacionada com IMC de adolescentes do gênero feminino de um colégio público federal de Recife. Recife, 2006.

Idade	10	11	12	13	14	15	16	17	N	%
IMC										
Subnutridos	02	03	11	06	03	02	05	04	36	60,0
Normal	01	04	03	00	03	07	02	02	22	36,6
Sobrepeso/ obesos	00	00	00	00	00	01	01	00	02	3,4
Total	03	07	14	06	06	10	08	06	60	100

De acordo com a tabela 2 a maior parte dos adolescentes (60,0%), é de subnutridos, 36,6% com peso normal para idade e 3,4% com sobrepeso ou

obesos. Foi encontrado um maior número de subnutridos na faixa etária entre os 12 aos 13 anos.

Os TAs, antes de se instalarem, dão indícios de alterações comportamentais e psicológicas. A idade dos 12 anos apresenta-se como uma fase crítica para risco de transtornos, pois das 36 adolescentes que apresentam um estado de subnutrição, 11 têm 12 anos. O que chamou a nossa atenção foi o fato de que elas estavam em um colégio que é reconhecidamente considerado como um ambiente escolar privilegiado, do ponto de vista intelectual, pois são filhas de funcionários públicos federais ou alunas aprovadas em um concorrido processo seletivo, de classe social média alta, com acesso a alimentos e informações sobre qualidade nutricional.

Dependendo das intervenções a serem adotadas, os TAs poderão ter uma maior ou menor possibilidade de se desenvolverem, havendo um prognóstico favorável quando as medidas preventivas ocorrerem precocemente.⁽¹⁴⁻⁵⁾ Vale salientar a grande importância das possíveis leituras que podem ser feitas a partir da constatação de índices gritantes de subnutrição na população estudada. A prevalência dos TAs é de 90,0% para mulheres e a faixa etária mais acometida fica entre os 14 aos 18 anos. Nos últimos anos, vem ocorrendo um recrudescimento progressivo para a faixa dos 12 anos.⁽⁹⁾

O índice de Massa Corporal (IMC) representa a relação proporcional entre o peso corporal e a altura do indivíduo. O resultado alcançado com as medidas sofre uma comparação com valores pré-estabelecidos. O valor do IMC está diretamente relacionado com a gordura do corpo, podendo ser alterado quando há um aumento da massa corporal magra ou mesmo uma estrutura corporal de proporções elevadas.⁽¹⁶⁾

Tabela 3. Comportamentos bulímicos (orgia alimentar) de adolescentes do gênero feminino de um colégio público federal de Recife. Recife, 2006.

Variáveis	N	%
3 – A maior parte do tempo (todos os dias)	18	6,0
2 – Frequentemente (uma vez por semana)	24	8,0
1 – Raramente (uma vez por mês)	82	28,4
0 – Nunca (nunca)	176	58,6
Total	300	100

Observam-se na tabela 3 percentuais indicativos de práticas de “orgia alimentar”, que correspondem às questões 14 e 18 no questionário, meios de canalização correspondem às questões 8, 34 e 35, com 6,0% em adolescentes que praticam a maior parte do tempo e, 8,0%, uma vez por semana.

O exagero na ingestão de alimentos em diversas situações pode ser considerado, até certo ponto, justificada, contando com respaldo social e cultural, como acontece em festas ou em datas comemorativas. Entretanto, quando estes episódios tornam-se constantes, podem ser considerados como fatores de risco para distúrbios alimentares. Quando as “orgias alimentares” são praticadas com certa regularidade, faz-se necessária uma investigação mais profunda destes comportamentos no sentido de encontrar fatores associados, pois isso pode configurar uma maior possibilidade do transtorno aparecer.⁽⁴⁾

É importante ressaltar os achados apresentados na tabela 3 que indicam a prática deste tipo de comportamento com certa regularidade por 14,0% da amostra, levando ao questionamento da presença de outros fatores de riscos, o que aumenta mais ainda as chances dos TAs se instalarem. Sabe-se que os adolescentes costumam usar meio para prolongar sua infância utilizando-se de práticas pueris, um destes meios é expresso em forma de TAs, podendo a ingesta de alimentos servir como elo com o mundo e ainda, como meio de mascarar seus sentimentos.⁽⁴⁾

Em algumas situações emocionais, como o estresse, há pessoas que ingerem grandes quantidades de alimentos como meio de canalização. O que difere estes episódios dos TAs é que, passada esta fase, a ingesta volta ao normal. Por outro lado ainda observa-se em pessoas acometidas preocupação excessiva com peso e dieta, insatisfação e distorção da auto-imagem. Mulheres jovens, especificamente adolescentes, constituem o grupo de maior risco.^(4,10)

No que se refere à bulimia nervosa, estima-se uma prevalência entre 3,0 e 5,0% na população feminina adolescente e jovem adulta. Indivíduos com bulimia nervosa consomem grandes quantidades de alimentos, especialmente se submetidos à situação de estresse. Para evitar o ganho de peso e aliviar a culpa e a vergonha provocadas pelo descontrole alimentar, apresentam comportamentos compensatórios. Devido ao caráter “secreto” desse ritual, a bulimia nervosa é de difícil diagnóstico, sobretudo em sua fase inicial, o que dificulta a prevenção e tratamentos precoces.^(4,10)

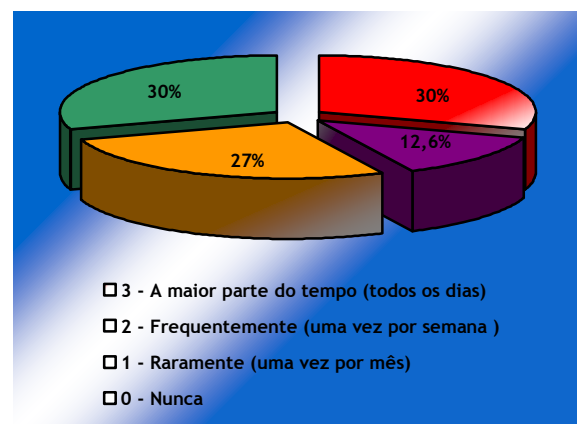


Gráfico 1. Percepção da auto-imagem dos adolescentes do gênero feminino de um colégio público federal de Recife. Recife, 2006.

No gráfico 1, em relação à percepção da auto-imagem da amostra, foram encontrados, para as adolescentes que estão insatisfeitas com sua auto-imagem, os percentuais de 70,0%, onde 30,0% correspondem a maior parte do tempo, 12,6% frequentemente e 27,3% raramente, contrastando com os 30,0% que relataram não se sentirem insatisfeitos.

Desejar uma imagem corporal perfeita não implica em sofrer de um transtorno mental ou configurar risco para TAs. Contudo, uma insatisfação constante pode aumentar as chances de um possível surgimento de transtorno. No período da adolescência a preocupação com a auto-imagem pode transformar-se numa obsessão, caracterizando-se, deste modo, um fator predisponente. Foi encontrado neste estudo em um percentual de 70,0% de insatisfação com a IC, mostrando-se como o fator de risco mais constante. Vale salientar que a presença deste deve ser analisado se, junto com essa insatisfação, também são encontrados outros fatores de risco, tais como a dieta que é um precipitante. Isto só fará aumentar ainda mais os riscos para desenvolver TAs.

Os dados apresentados nesta tabela têm relação com outro estudo⁽⁹⁾ quando foi observado que os adolescentes estavam sempre insatisfeitos com seu peso, alterando sua percepção corporal. Quando há distorções na percepção da IC, estes fatores podem ser considerados como perpetuadores das TAs com valor significativo.⁽¹⁰⁾

Os TAs representam uma preocupante “epidemia” que vem se espalhando principalmente em países mais desenvolvidos e atingindo mais frequentemente adolescentes e adultos jovens. Os padrões de beleza atuais aliados à rejeição social ao excesso de peso e obesidade, principalmente entre as mulheres, fazem

com que as adolescentes sintam uma necessidade incontrolável de ficar muito magras para serem aceitas num mundo em que o sucesso é divulgado através da perfeição estética de *top models* famosas. É a chamada "epidemia de culto ao corpo", no qual só há espaço para corpos "malhados" e "sarados".⁽⁴⁾

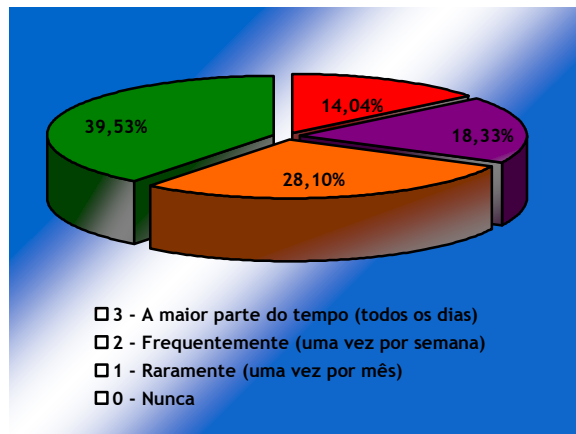


Gráfico 2. Comportamentos de risco relacionados a ganho de peso nos adolescentes do gênero feminino de um colégio público federal de Recife, 2006.

No gráfico 2 são encontrados percentuais de 14,04% que assinalam comportamentos de risco realizados na maior parte do tempo, 18,33% uma vez por semana e 28,09% uma vez por mês. Entretanto, 39,52% assinalam nunca apresentarem estes tipos de comportamento.

A redução na ingestão de alimentos calóricos e gordurosos, em muitos casos, pode ser encarada como atitude saudável. Entretanto, quando essa diminuição torna-se uma preocupação mórbida, revela-se um fator de risco para os TAs. Um decréscimo considerável na ingestão de alimentos compromete a aquisição metabólica e energética adequada, podendo alterar significativamente o estado nutricional.

Em se tratando dos 60,46% adolescentes desse estudo, os quais afirmaram fazer redução de alimentos calóricos e gordurosos, faz-se necessário analisar se essa preocupação já atingiu o estágio de restrição ou se é apenas uma preocupação nutricional que visa uma melhor qualidade na ingestão alimentar.

Carboidratos e gorduras são constantemente evitados na escolha de alimentos na ingestão de adolescentes. Subestimar a ingestão alimentar é particularmente predominante entre indivíduos obesos ou *dieters* (aqueles que estão sempre fazendo dieta), os quais tentam impor algum controle sobre o próprio padrão alimentar e seleção de alimentos, coagidos pela pressão social adversa ao ganho de peso e à obesidade. Esta atitude é, comumente, denominada restrição alimentar e, geralmente, vem seguida pela *disinhibition*. Entende-se a "desinibição", neste caso, como tendência de indivíduos reprimidos a liberarem a ingestão energética, em resposta a determinados estímulos. O consumo alimentar durante a *disinhibition* pode ser muito grande, tendendo a constituir episódios de compulsão alimentar, pois é muito difícil sustentar a restrição energética por muito tempo.^(6,17)

Os transtornos têm início com um jejum em que alimentos calóricos e gordurosos deixam de ser consumidos e em seguida deixam-se os outros tipos de alimentos, alterando a ingestão energética. Como efeitos principais dessas práticas, observam-se a perda de fluidos e eletrólitos, desequilíbrio ácido-básico, desequilíbrio eletrolítico, arritmias cardíacas, diminuição na concentração de potássio sérico (principal cátion responsável pela contração muscular), distúrbios

gastrointestinais, aumento da glândula parótida, erosão e perda de esmalte dentário.⁽¹⁸⁻⁹⁾

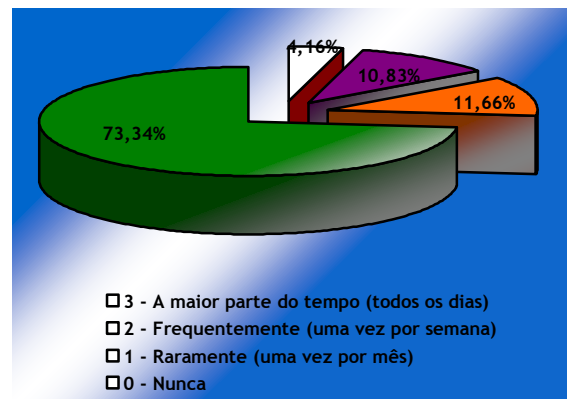


Gráfico 3. Comportamentos de risco relacionados à restrição alimentar auto-imposta de adolescentes do gênero feminino de um colégio público federal de Recife, 2006.

De acordo com o gráfico 3 observam-se percentuais de 4,16% em adolescentes que fazem a maior parte do tempo comportamentos de risco relacionado à restrição alimentar auto-imposta e 10,83% que os praticam frequentemente.

Estes aspectos são contemplados no EBBIT com os itens que apontam comportamentos de restrição alimentar auto-imposta (questões 19 e 29) e satisfação no autocontrole frente à necessidade de se alimentar (questão 21).

Quando há perda de peso progressiva decorrente de uma restrição alimentar rígida, leva a um estado de satisfação nos indivíduos com AN. À medida que o peso real diminui, ocorre um aumento na rigidez da dieta alimentar. Há uma satisfação em manter um controle severo do que é ingerido mesmo estando-se com fome. Os resultados apresentados no nosso estudo sugerem uma ocorrência significativa destes fatores precipitantes e desencadeantes, devendo ser entendido que, quando há uma interação entre eles, as chances de um TA aparecer são consideradas de risco.

A dieta para emagrecer é o fator precipitante mais freqüente nos TAs. Restrições alimentares começam com eliminações de alimentos gordurosos e aumentam gradativamente. Pacientes anoréxicas, embora sintam fome, não comem demonstrando um controle rígido em sua ingestão. Significativa restrição energética e a conseqüente perda de peso em curto espaço de tempo produzem diminuição na taxa metabólica basal, além de prejuízos das funções músculo-esquelética, cardiovascular, endócrina, termorregulatória e dificuldade de atenção e concentração.⁽²⁰⁻¹⁾

A anorexia nervosa é caracterizada por grande restrição alimentar auto-imposta a fim de obter perda exagerada de peso. A busca da magreza é orientada por comportamentos que incluem a redução da ingestão de alimentos considerados "engordantes" e/ou a utilização de métodos de purgação auto-induzidos, ou ainda, a prática compulsiva de atividades físicas. Como sintomas mais comuns, os pacientes apresentam manutenção do peso corporal inferior a 85,0% do que é considerado adequado para a estatura e a idade, medo mórbido de engordar, alteração na percepção da imagem corporal, distúrbios menstruais, desmineralização óssea, perda de massa muscular e gordura corporal, irregularidades digestivas, arritmias cardíacas, desidratação, intolerância ao frio, cabelos finos e fracos, entre outros.⁽²²⁾

Tabela 4. Distribuição de adolescentes do gênero feminino de um colégio público federal de Recife, relacionada a fatores de risco precipitantes e mantenedores dos TAs. Recife, 2006.

Variáveis	%
3 – A maior parte do tempo (todos os dias)	0,41
2 – Frequentemente (uma vez por semana)	1,56
1 – Raramente (uma vez por mês)	0,63
0 – Nunca	97,40
Total	100

A tabela 4 mostra que 0,41% de adolescentes apresentam fatores de risco precipitantes e mantenedores dos TAs a maior parte do tempo, 1,66% frequentemente, 0,83% uma vez por mês. Estes resultados indicam a presença de práticas relacionadas aos TAs no universo estudado. Algumas adolescentes interagiram conosco durante as medições antropométricas, fazendo questionamentos pertinentes a essa pesquisa e uma delas nos relatou ser bulímica, mencionando que praticava a indução de vômito todos os dias, aproximadamente por dois anos, e que no momento estava tentando praticar menos do que o costume. Tinha consciência do problema e por isso estava “tentando” diminuir episódios bulímicos e de purgação.

Vimos em seu questionário que as questões relacionadas aos fatores de risco para BN eram assinaladas com maior frequência quando comparadas com fatores para a AN, o que não foi encontrado nos demais questionários. Isto sugere que esta adolescente esteja desenvolvendo BN. Este fato se revela num dado relevante, visto que reforça a necessidade de mais estudos nesta área.

Entre as adolescentes foi observado, também, a prática de supressão de uma refeição ou redução considerável de outra. Entretanto, um relato chamou a nossa atenção, pois, embora a adolescente estivesse com o IMC considerado normal (20,4) ela se sentia gorda e afirmou desenvolver práticas comuns da AN, tais como restrição alimentar auto-imposta, uso de remédios para emagrecer e práticas purgativas (em algumas situações). Ao analisarmos seu questionário, observamos que as questões relacionadas a risco para AN estavam assinaladas com frequência diária enquanto as indicativas de riscos e fatores de riscos para BN estavam também, porém em menor frequência.

Vários pacientes com TAs usam diferentes maneiras para compensarem o episódio de compulsão periódica, sendo a técnica mais comum a indução do vômito, seguida do uso de laxantes e diuréticos.⁽¹⁴⁾ Pacientes com AN do subtipo purgativo apresentam episódios bulímicos e práticas de purgação por meio de uso de laxantes e diuréticos, bem como indução de vômitos.⁽²³⁾ Frequente nos TAs, a dieta para emagrecer constitui-se num fator precipitante de maior intensidade, atribuindo-a a um comportamento trivial em indivíduos ocidentais, na qual o ideal da magreza é predominante. Por sua vez, a dieta aumenta de modo considerável o risco para os TAs, embora não seja suficiente para produzir os TAs, ela precisa interagir com outros fatores de risco, entretanto, não seja possível especificar como os fatores de risco se combinam para gerar a AN em alguns indivíduos e a BN em outros.⁽²⁰⁾

O desenvolvimento da BN parece estar associado também a uma propensão para a obesidade e para dificuldades no controle dos impulsos. Outra possibilidade é que a restrição alimentar favorece o aparecimento das compulsões alimentares, o que inicia o ciclo compulsão/purgação da BN. Algumas pessoas em restrição alimentar, no entanto, conseguem aumentar cada vez mais a restrição sem ter compulsão. Assim, instala-se a desnutrição, que aumenta a distorção da imagem corporal e, conseqüentemente, aumenta também o medo de engordar e o desejo de emagrecer, perpetuando assim a NA.⁽²⁰⁾

Tanto a AN quanto a BN parecem ser precedidas por uma maior frequência de eventos estressores quando comparadas a controles normais. Eventos envolvendo uma

desorganização da vida ou uma ameaça à integridade física (doença, gravidez, abuso sexual e físico) são mais frequentes em indivíduos com BN do que em controles e podem ter um papel desencadeador do transtorno por reforçar sentimentos de insegurança e inadequação. O impacto que os eventos estressores podem ter sobre a patogênese dos TAs depende dos recursos que cada indivíduo possui para responder aos mesmos. Assim, pacientes com anorexia nervosa tendem a ter uma atitude de evitação diante de uma crise, enquanto pacientes com bulimia nervosa apresentam mais ruminações cognitivas.⁽²⁰⁾

Por fim, o estudo dos fatores mantenedores da doença inclui o papel das alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão alimentar e purgação, que tendem a perpetuar o transtorno. Muitas vezes, os fatores que mantêm o problema alimentar são diferentes daqueles que foram responsáveis pelo seu desenvolvimento inicial. A privação alimentar leva, sabidamente, a alterações físicas e psicológicas, sendo que muitas características dos pacientes com transtorno alimentar são resultado – e não causa – do ciclo vicioso desencadeado pela desnutrição.⁽²⁰⁾

CONCLUSÕES

Com este estudo torna-se possível aos profissionais da saúde a elaboração de medidas preventivas relacionadas à saúde do adolescente assim como indicar caminhos na busca de intervenções mais adequadas ao processo que leva ao surgimento dos TAs. Quanto à Enfermagem, o seu papel, além do cuidar, é também o de educar, visto que não se pode concebê-los distintivamente, pois por meio de ações educativas também cuidamos.

Os TAs por se tratarem de transtornos que causam sérios danos à saúde e apresentarem um curso progressivo e de difícil tratamento, faz-se necessário o desenvolvimento de mecanismos para avaliar sua ocorrência, preferencialmente em suas fases iniciais possibilitando intervenções satisfatórias, tanto para orientar a família na identificação de comportamentos indicadores destes TAs como as restrições alimentares, os vômitos auto-induzidos, o uso de laxantes, tornando-se mais presentes na vida dos adolescentes e ficando alertas aos sinais de problemas iminentes.

Constatou-se neste estudo que os TAs têm aumentado devido a vários fatores, tais como: predisposição genética, biológica, fatores psicológicos, hábitos alimentares, ascensão profissional, contexto sócio-cultural onde o estereótipo de beleza que os meios de comunicação utilizam para vender produtos, em que a magreza é fortemente valorizada, influencia os adolescentes na busca pelo “corpo perfeito”, mesmo que para isso corram o risco de comprometer sua saúde física e mental. A pressão cultural para emagrecer é considerada como elemento fundamental na etiologia destes TAs bem como os fatores biológicos, psicológicos e familiares acabam por gerar uma imagem distorcida da realidade e de sua imagem corporal. Os adolescentes acabam tendo como modelo, o estereótipo de que ser saudável e belo é estar magro, mesmo que seja necessário para atingir este objetivo recorrer a comportamentos de risco.

Há alguns anos costumes que eram culturalmente praticados, tais como: cumprir horários para as refeições, em que todos os membros da família se reuniam; hábito de preparar os alimentos e, até mesmo, na infância a preparação da lancheira, na qual havia presença de frutas e/ou sucos, foram tornando-se cada vez mais raros ou difíceis frente às diferenças nos estilos de vida hoje em dia. A dificuldade no retorno ao lar para fazer as refeições, o ritmo frenético da jornada de trabalho, tudo isso só fez proporcionar um aumento no hábito de comer fora de casa.

Então, unindo-se a facilidade de comer fora de casa, e muitas vezes, comendo mal, com a cultura que enaltece o

corpo magro, os TAs vem tornando-se um motivo de preocupação não só para os profissionais da saúde mental como também para família e toda sociedade.

Neste estudo foram encontrados os riscos para AN como para BN devido à presença de fatores predisponentes: insatisfação com a IC, preocupação com ganho de peso; fatores precipitantes realização de dietas de emagrecimento, restrição alimentar auto-imposta, indução de vômitos, uso de laxantes e remédios para emagrecer e nos fatores mantenedores foi percebido que uma adolescente já apresentava complicação em seu estado de saúde, pois relatou ser necessária a ingestão diária de alimentos doces, visto que estava em constante hipoglicemia.

O risco de uma pessoa desencadear um TA propriamente dito é caracterizado pela interação de alguns fatores de risco, podendo haver a presença de alguns destes e isso não desencadear o TA. Como exemplo, podemos citar a presença da insatisfação com a auto-imagem e ganho de peso corporal, mesmo havendo a interação destes fatores de risco ainda não se pode caracterizar como um risco para os TAs. Ambos se caracterizam como fatores predisponentes. Eles aumentam as chances, mas não os desencadeiam.

Por fim, faz-se necessário, devido ao aumento da incidência dos TAs, que mais estudos nesta área sejam realizados, pois a partir dos resultados encontrados será possível a elaboração de intervenções com o intuito de prevenir a ocorrência agravante dos TAs a partir da identificação de seus fatores de risco num determinado universo. Neste estudo foram identificados adolescentes que relataram apresentar comportamentos anoréxicos e bulímicos com regularidade, tornando-se preocupante a presença elevada de fatores de risco que, associados, aumentam a possibilidade do desenvolvimento de TAs.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo TCG, Martins LA, Fisberg M. Difficulties in the management of sleep and eating disorders. *J Pediatr*. [periódico na Internet]. 2003 [acesso em: 30 abr 2007]; 79(1): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700006&lng=en&nrm=iso
2. Nobrega FJ, Campos ALR, Nascimento CFL. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
3. Macedo CAP, Bello KL, Palha LAG. A criança que não come: guia de tratamento e prevenção. São Paulo: Atheneu; 2002.
4. Galindo EMC. Tradução, adaptação e validação do Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem; 2005.
5. Oski F, Angelis CD. Princípios e práticas de pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara; 1992. p. 699, 701, 777-81, 2112.
6. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. In: Dunker Karin Louise Lenz, Philippi Sonia Tucunduva. Food habits and feeding behavior in adolescents with symptoms of anorexia nervosa. *Rev Nutr*. [periódico na Internet]. 2003 [acesso em: 30 maio 2007]; 16(4): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000400006&lng=en&nrm=iso
7. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2000.
8. Cavalcanti AMTS. Transtornos do comportamento alimentar na infância e adolescência: um estudo de base populacional em escolares da cidade do Recife, PE. Recife. Projeto de pesquisa. Recife: Universidade Federal de Pernambuco – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente; 2005.
9. Carbajo G, Canals J, Fernández-Ballart J, Doméneche E. Cuestionario de actitudes alimentares en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. In: Ballone GJ. Transtornos alimentares em adolescentes. [acesso em: 27 maio 2007]. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/alimento2.htm>
10. Herscovici C, Bay L. Anorexia nervosa e bulimia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
11. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 196 p.
12. Candy C, Fee V. The underlying dimensions and psychometric properties of the Eating Behaviors and Body Image Test (EBBIT) for preadolescent. 1998. In: Galindo EMC. Tradução, adaptação e validação do Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem; 2005.
13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Supl):15-25.
14. Ballone GJ. Transtornos alimentares em adolescentes. [acesso em: 27 maio 2007]. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/alimento2.htm>
15. Ballone GJ. Anorexia nervosa. [acesso em: 27 maio 2007]. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/anorexia.html>
16. Adams J, White M. When the population approach to prevention puts the health of individuals at risk. *Inter J Epid*. [periódico na Internet]. 2005 [acesso em: 30 maio 2007]; 34(1): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/34/1/40>
17. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.73-4.
18. Bernardi F, Cicheler C, Vitolo MR. Restrained eating behavior and obesity. [acesso em: 20 ago 2007]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
19. Alvarenga MS. Anorexia nervosa e bulimia: aspectos nutricionais. In: Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr*. [periódico na Internet]. 2003 [acesso em: 21 maio 2007]; 16(1): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100006&lng=en&nrm=iso
20. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influence of body mass index and body weight perception on eating disorders symptoms. *J Bras Psiquiatr*. [periódico na Internet]. 2001 [acesso em: 30 jun 2007]; 23(1): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100006&lng=en&nrm=iso
21. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrao AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *J Bras Psiquiatr*. [periódico na Internet]. 2004 [acesso em: 27 jun 2006]; 24(3): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
22. Axelrud E, Gleiser D, Fishman JB. Obesidade na adolescência: uma abordagem para os pais, educadores e profissionais da saúde o adolescente do terceiro milênio. Porto Alegre: Mercado Aberto; 1999.
23. Cobb KL, Bachrach LK, Greendale GM, Neer RRM, Nieves JS, Brown MF et al. Disordered eating, menstrual irregularity, and bone mineral density in female runners. *Med Sci Sports Exerc*. [periódico na Internet]. 2003 [acesso em: 2 jul 2007]; 35(5): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=12750578&cmd=showdetailview&indexed=google>
24. Garner DM. Anorexia nervosa "restrictors" who purge: implications for subtyping anorexia. In: Abreu CN, Cangelli Filho R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Rev Psiquiatr Clin*. [periódico na Internet]. 2004 [acesso em: 21 ago 2007]; 31(4): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal para Pré-adolescentes
(Traduzido e Adaptado⁽¹⁾).

Escola:
Nome:
Idade:
Série:
Data:

Altura: _____
Peso: _____

Instruções

Aqui estão algumas informações de como as pessoas se alimentam e o que sentem sobre seu corpo. Leia cada afirmação com atenção e escolha a alternativa que melhor descreve o que você sente e pensa. Lembre-se de que não existem respostas certas ou erradas. Você apenas pode contar-nos como você se alimenta e o que sente sobre seu corpo.

As duas próximas questões são muito importantes para conhecê-la melhor, por favor, responda: Você necessita se alimentar de forma especial devido a algum problema de saúde? Se sim, explique. Sua família faz alguma dieta especial? (p. ex. vegetariana, para diabéticos).

Responda ao questionário de acordo com o exemplo e seguindo a tabela abaixo:

Assinale a opção que melhor descreve o que você sente ou pensa a respeito de si mesmo.

A maior parte do tempo (todos os dias)	3
Frequentemente (uma vez por semana)	2
Raramente (uma vez por mês)	1
Nunca (nunca)	0

Exemplo:

Eu como enquanto assisto tv	3	2	1	0
-----------------------------	---	---	---	---

A maior parte do tempo (todos os dias)	3
Frequentemente (uma vez por semana)	2
Raramente (uma vez por mês)	1
Nunca (nunca)	0

1. Eu faço regime (come menos que o normal) como meus amigos fazem	3	2	1	0
2. Meu peso atual me incomoda	3	2	1	0
3. Eu como muita comida de uma vez	3	2	1	0
4. Eu tento não comer mesmo quando estou com fome	3	2	1	0
5. Eu gostaria de ser mais magro (a)	3	2	1	0
6. Eu não como lanches ou comidas gordurosas porque eu quero perder peso	3	2	1	0
7. Eu tento perder peso fazendo regimes	3	2	1	0
8. Eu como quando estou com raiva	3	2	1	0
9. Eu, às vezes, levo coisas de comer para meu quarto e como tudo de uma vez	3	2	1	0
10. Eu acho que sou gordo (a)	3	2	1	0
11. Eu provoço vômito depois de comer muito	3	2	1	0
12. Eu acho que sou mais gordo que a maioria dos meninos da minha idade e altura	3	2	1	0
13. Eu como o que quero e na hora que quero	3	2	1	0
14. Eu como até sentir desconforto na barriga/estômago	3	2	1	0
15. Eu me preocupo a respeito de ganhar peso	3	2	1	0
16. Eu como todo o chocolate, que ganho na páscoa, de uma vez	3	2	1	0
17. Eu tomo remédio para emagrecer	3	2	1	0
18. Eu fico muito mal depois que como muito	3	2	1	0
19. Eu deixo de comer alguma refeição para perder peso	3	2	1	0
20. Eu sinto fome quando não estou comendo	3	2	1	0
21. Eu gosto de sentir meu estômago vazio	3	2	1	0
22. Eu "belisco" coisas em meu quarto para que ninguém veja que estou comendo	3	2	1	0
23. Eu tomo laxante (remédio para fazer cocô) para perder peso	3	2	1	0
24. Eu me sinto gordo (a)	3	2	1	0
25. Eu fico mal depois de comer muito e penso logo numa maneira de me livrar do que eu comi	3	2	1	0
26. Eu como muito mesmo quando não estou com fome	3	2	1	0
27. Eu fico pensando que se eu comer eu posso ganhar peso	3	2	1	0
28. Eu leio os rótulos de coisas de comer para saber quantas calorias e quanta gordura elas têm.	3	2	1	0
29. Depois que como muito de uma vez, tento pular a próxima refeição ou as duas próximas.	3	2	1	0
30. Eu comeria umas 10 barras de chocolate (ou doce) se meus pais deixassem	3	2	1	0
31. Algumas vezes eu fico beliscando a comida	3	2	1	0
32. Eu evito comer alimentos muito gordurosos	3	2	1	0
33. Eu olho para minha gordura e desejaria que ela não existisse	3	2	1	0
34. Eu como quando estou triste	3	2	1	0
35. Eu como quando estou aborrecido (a)	3	2	1	0
36. Eu tomo diurético (remédio para fazer xixi) para perder peso	3	2	1	0
37. Eu faço exercícios para "queimar" a comida que eu comi	3	2	1	0
38. Eu faço dieta assim como meus pais ou meus irmãos fazem	3	2	1	0
39. Existem comidas que eu comeria muito se eu tivesse oportunidade	3	2	1	0
40. Eu penso muito em comida quando não estou comendo	3	2	1	0
41. Eu tomo refrigerante <i>diet</i> em vez de fazer refeições ou comer lanches	3	2	1	0
42. Eu não como sobremesa (bolo, sorvete, doces) porque eu quero perder peso.	3	2	1	0

Recebido em: 02/07/2007

Aceito em: 10/09/2007

Publicado em: 01/10/2007

Endereço para correspondência

Ana Márcia Tenório Souza Cavalcanti
Av. Conselheiro Rosa e Silva, 1455/404
Aflitos – Recife (PE) – Brasil
CEP: 52.050-020