

# **PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES DE UM COLÉGIO PRIVADO DO MUNICÍPIO DE MARIALVA – PR.**

Fernanda Olímpio da Rocha  
Gislaine Cristina Vagetti

## **RESUMO**

O comportamento alimentar vem sendo alterado ao longo dos anos, e muito influenciado pelos padrões culturais e pela mídia. Este estudo teve como objetivo, verificar a prevalência de transtornos alimentares bulimia e anorexia em adolescentes de ensino médio. Para tanto, foram avaliadas 50 alunas do sexo feminino, entre 14 e 18 anos, de um colégio de ensino privado do município de Marialva PR. Assim foram utilizados os seguintes instrumentos: Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), que tem como finalidade identificar os sujeitos com padrões alimentares anormais, e, Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE), cujo objetivo é investigar comportamentos bulímicos. De acordo com o EAT-26, 18% das alunas, apresentaram comportamento alimentar inadequado, indicando a presença de fatores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Em relação à avaliação da bulimia nervosa, foram identificados 20% das alunas com escores superiores ao limite da normalidade; deste percentual, o BITE revelou que, 36% das estudantes possuem comportamento alimentar não usual, indicando comportamento de risco. Foram identificadas também que, os maiores índices de porcentagem desses sintomas, se encontram em adolescentes com idade >15 anos, tanto na anorexia, quanto na bulimia. Conclui-se que, os dados desta pesquisa demonstram uma alta prevalência de possíveis transtornos alimentares, tanto anorexia, quanto bulimia, na população estudada, com dados semelhantes aos índices obtidos por outros estudos. Esses resultados apontam para uma prevalência crescente de transtornos alimentares entre mulheres jovens, indicando a necessidade de mais intervenção de familiares e profissionais envolvidos com esses adolescentes.

Palavras – chave: Transtornos alimentares, anorexia nervosa e bulimia nervosa.

## **ABSTRACT**

Eating habits has been changed along the years and it has been very influenced by cultural patterns and the media. The aim of this study is to check the prevalence of eating disorder, bulimia and anorexia among high school adolescents. In order to do that, 50 female students between 14 and 18 years old from a private school of Marialva municipal district were appraised. The following instruments were used: Eating Attitudes Test (EAT-26), which has the purpose of identifying citizens with abnormal eating patterns, and Edinburgh Bulimic Investigation Test (BITE), which has the purpose of investigating bulimic behaviors. According to EAT-26, 18% of the students presented inadequate eating behavior, indicating the presence of risk factors for development of anorexia. In relation to bulimia evaluation, 20% of the students were identified with scores above the normal limit. From this percentage, BITE revealed that 36% of the students have unusual eating behavior, indicating a risky behavior. It was identified as well that, the higher percentages of these symptoms are found in adolescents older than 15, as for anorexia as for bulimia. It can be concluded that the data of this research demonstrate high prevalence of eating disturbs such as anorexia and bulimia in the studied population, with similar results obtained by other researches. These results point out the increasing prevalence of alimentary disorder among young women, indicating the necessity of intervention from family and professionals involved with these adolescents.

Key-words: Eating disturbs, anorexia and bulimia.

\*Fernanda Olímpio da Rocha

\*Prof Mestre Gislaïne Vagetti

## 1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são doenças caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar, que podem ocasionar sérias agressões à saúde, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes. A incidência destes transtornos praticamente dobrou nos últimos 20 anos (DUNKER e PHILIPPI, 2003).

Essas doenças acometem principalmente jovens e mulheres em idade reprodutiva, e, apresentam importantes prevalências na população geral (MAGALHÃES *et al.*, 2005). Estes transtornos são divididos em duas categorias principais: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Segundo Nunes *et al.* (1998), o termo anorexia, vem do grego *orexis* (apetite), junto ao prefixo *an* (ausência). Anorexia nervosa, significa então a perda de apetite de origem nervosa. A anorexia é uma doença que atinge grande parte da população, pois atualmente a sociedade valoriza a atratividade, magreza, associação da beleza, sucesso e felicidade com um corpo magro ( DUNKER e PHILIPPI, 2003).

A doença normalmente tem início com um jejum progressivo, caracterizado por uma restrição dietética auto-imposta. (DUNKER e PHILIPPI, 2003). Para Nunes *et al.* (1998), a anorexia ocorre devido ao medo de ganhar peso, mesmo apresentando um peso abaixo do normal; trata-se de uma distorção da imagem corporal, que acarreta uma negação a ingestão de carboidratos e gorduras. É uma luta obstinada contra a fome, ocasionando a perda significativa de peso.

Estima-se que a prevalência de anorexia nervosa varia de cerca de 0,3 a 3,7% e a de bulimia nervosa em torno de 1,1 a 4%, ambas em jovens do sexo feminino (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2000). Segundo Fischer *et al.* (1995), a anorexia nervosa é a terceira doença crônica mais prevalente entre adolescentes. Outros estudos apontam também que os transtornos alimentares apresentam uma maior frequência em países industrializados (WLODARCZYK-BISAGA e DOLAN, 1996; LEE *et al.*, 1998; GHAZAL *et al.*, 2001).

Segundo Nunes *et al.* (1998), a palavra Bulimia vem do grego *bous* (boi) e *limus* (fome). Bumilia nervosa significa então uma fome tão grande quanto à de um boi. A Bumilia é uma doença caracterizada por um autodescontrole ao comer, “uma ingestão excessiva de alimentos” (MAGALHÃES *et al.*, 2005).

Nunes *et al.* (1998), dizem que na bulimia nervosa ocorrem episódios recorrentes de compulsão, voracidade alimentar, falta de controle ao comer, preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida, restrições alimentares, comportamento compensatório inadequado para prevenir o aumento do peso como vômitos, uso de laxantes, diuréticos e um aumento excessivo de atividade física.

Para se ter uma idéia, Heinberg *et al.* (1995), em estudo realizado com adolescentes americanas verificou que 60 a 80% controlam a ingestão de alimentos. Esse controle, se obsessivo, pode levar a um descontrole, a partir de dietas restritas demais, podendo desencadear um comer compulsivo.

Estima-se uma prevalência entre 3 e 5% da população feminina adolescente e jovem adulta com Bulimia nos países desenvolvidos (BOSI *et al.* 2004). Entretanto, tem sido observado que nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o número de adolescentes com algum distúrbio alimentar também vem aumentando. Diante disto, torna-se necessário que estudos com intuito de diagnosticar estas doenças alimentares em adolescentes são importantes para verificarmos a atual situação destes transtornos nos adolescentes do nosso país.

Nesse sentido, considerando que é necessário que mais pesquisas sejam realizadas a fim de colaborar no desenho epidemiológico dessas patologias, este presente trabalho teve como objetivo, verificar a prevalência de transtornos alimentares, anorexia e bulimia, seus sintomas e ainda comparar sua prevalência de acordo com a idade.

Será que a população jovem feminina está bem informada sobre esses transtornos? Será que a prevalência dessas doenças vem aumentando gradativamente?

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Adolescência**

A adolescência é marcada por um período de transições e transformações significativas em todo o funcionamento de um adolescente (BEE, 2003).

Segundo Gallahue *et al.* (2001), a adolescência começa por volta dos 10 anos e termina por volta dos 20 anos, nesse período, o adolescente passa por um desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico, biológico, desenvolvimento da sua personalidade de seus relacionamentos sociais, enfim, sua vida passa a ser feita de conflitos com si mesmo e com o próximo (BEE, 2003).

O aparecimento da adolescência é a transição da infância para a idade adulta, há um aumento acelerado da altura, do peso, aparecimento da puberdade e da maturação sexual. “A puberdade pode ser influenciada por fatores genéticos”.Bee (2001 p. 515).

Nos meninos há um crescimento dos testículos precedido pelo aumento do pênis, pêlos faciais, corporais, púbicos, formação de espermatozoides, alteração na voz. Já nas meninas, há o desenvolvimento dos seios, pêlos púbicos, crescimento da genitália, e o aparecimento da menarca. ( GALLAHUE *et al.* 2001).

O crescimento físico e a maturidade sexual acelerado são pontos de desequilíbrio emocional para os jovens, a aceitação do próprio corpo e a busca pelo amor acabam por gerar conflitos, obrigando-os a encontrar um novo sentido para sua identidade, aderem a si mesmo características que gostariam de possuir (SABINE, 1993). “Apresentam um comportamento” rebelde “, intransigente com desrespeitos às regras, são confusos e imprevisíveis em suas condutas, gostam de usar roupas e cabelos que estão na moda”. BEE (2001, p. 515).

“Um aspecto que influencia muito o adolescente em relação á satisfação com sua vida, é a aceitação da sua aparência física”. SABINE (1993, pg. 93), sendo assim, o adolescente que estiver com satisfeito, promoverá mais facilmente seu autodesenvolvimento. Por outro lado, o adolescente que não está satisfeito com sua

aparência física, tem a tendência de se sentir enfraquecido, com insegurança, solitário com depressão e amargura (SABINE, 1993).

O adolescente procura encontrar sua identidade, e diante da tecnologia ao seu dispor, acaba sendo influenciado pelo meio em que está inserido. “As mudanças no modo pelo qual o indivíduo percebe o mundo que o cerca e a ele responde são resultantes de contínuas adaptações aos eventos físicos e sociais”. SABINE (1993, pg. 91).

## **2.2 Transtornos Alimentares na Adolescência**

Nunca houve tantas pessoas com transtornos alimentares como nos últimos anos. Os transtornos alimentares são doenças caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar que podem ocasionar sérias agressões à saúde, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes. A incidência destes transtornos praticamente dobrou nos últimos 20 anos (DUNKER e PHILIPPI, 2003). Isso se deve a nossa sociedade industrializada e desenvolvida.

Os transtornos alimentares têm uma prevalência maior em adolescentes de 10 a 19 anos. Em sua grande maioria atingem principalmente as mulheres adolescentes e adultas em idade reprodutiva, porém os homens também são acometidos, mas em proporções menores, representando apenas 10% dos casos (MAGALHÃES *et al.*, 2005). Nos Estados Unidos, é a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes, só perdendo para a obesidade e a asma (FISCHER *et al.* 1995).

Segundo Fischer *et al.* (1995), o aumento da incidência desses transtornos coincide com a ênfase na magreza como uma expressão de atração sexual. Atualmente, mudaram-se os padrões de beleza e saúde, do que é belo e saudável, os meios de comunicação ditam o que é bonito, o que está na moda, a beleza anoréxica das modelos, a beleza “sarada” das dançarinas de TV. A sociedade rejeita, discrimina e reprova as pessoas obesas (FIATES *et al.* 2001).

Na adolescência, a personalidade não está plenamente configurada, assim, essa obsessão pelo corpo perfeito, por seguir o modelo imposto pelos meios de comunicação torna-se um pesadelo tanto para esses jovens quanto para os seus pais, que acabam se sentindo impotentes diante do problema.

Chiodini *et al.* (2003) refere que, os distúrbios dos comportamentos alimentares constituem uma área de crescente interesse médico, nutricional e psicólogo. Essa conduta alimentar vem sendo compreendida por meio de modelos impostos pela sociedade e também relacionadas aos bens de consumo, a família e a cultura.

Os transtornos alimentares se dividem em duas categorias: Anorexia nervosa e Bulimia nervosa, relatados a seguir:

### **2.3 Anorexia Nervosa**

Segundo Chiodini *et al.* (2003), a evolução dos padrões de beleza, mostra a tendência catequizante da figura feminina. Sendo assim, as mulheres apresentam maior tendência em apresentar distúrbios alimentares.

As mulheres na busca do corpo perfeito, do corpo ideal, acabam apresentando padrões alimentares anormais, o que ocasiona o desenvolvimento de algum distúrbio alimentar. O sexo feminino de uma maneira geral é muito vulnerável a aceitação de pressões sociais, econômicas e culturais associadas a padrões estéticos (FIATES *et al.* 2001).

Perante a tanta insatisfação com o corpo, o medo da obesidade faz com que cresça o número de mulheres fazendo dietas e controlando o peso, o que acaba fazendo com que cresça também a prevalência de adolescentes com a anorexia e bulimia. A anorexia é desenvolvida dos 13 aos 17 anos, suas causas podem ser de aspectos genéticos, sociais, familiares e ambientais (BOSI *et al.* 2004).

A anorexia nervosa se inicia geralmente na infância ou na adolescência. O início é marcado por uma restrição dietética progressiva com a eliminação de alimentos considerados “engordantes”, como os carboidratos. As pacientes passam a apresentar certa insatisfação com os seus corpos, sentindo-se então obesas, apesar de muitas

vezes se encontrarem até magras (alteração da imagem corporal); sendo assim, o medo de engordar é uma característica essencial. Gradativamente, as pacientes passam a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses e levando ao gradativo isolamento social. A doença é caracterizada por uma perda de peso progressiva e continuada. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000).

A instalação dessa doença de forma crônica provoca a princípio a desidratação e a desnutrição. Apesar dos pacientes negarem fome, apresentam constantes queixas por fadiga, fraqueza, tontura e visão turva (FIATES *et al.*, 2001).

A anorexia faz com que o adolescente perca o seu senso crítico em relação ao seu corpo, apresenta vergonha de comer em público, tem um interesse especial pelo valor nutritivo dos alimentos, gostam de controlar a comida dos familiares, praticam atividade física em excesso, podendo acordar até mesmo de madrugada para fazer exercícios, como abdominais, por exemplo.

Segundo Nunes *et al.* (1998), a anorexia pode se classificar em dois tipos: a anorexia restritiva e a anorexia periódica/ purgativa. O tipo Restritivo é onde acontece a parada total de induzir alimentos, ou seja, a pessoa para de comer totalmente. No tipo Purgativo, a pessoa fica vários dias sem comer, mas depois não agüenta de fome e come exageradamente, entrando em compulsão, causando vômitos, usando laxantes, diuréticos, e até remédio para emagrecer.

Conforme relataram Huse *et al.* (1984), em seu estudo com 96 anoréxicas, 37% tinham o habito de jejuar e 40% apresentavam peculiaridades nas preferências alimentares, procurando não comer gorduras, doces, carnes, manteiga, molhos de salada e maionese.

Por essa restrição alimentar, a anorexia é uma doença que leva a pessoa a uma perda de peso, e essa perda de peso é tão significativa que pode levar a pessoa à morte, pois por mais magra que ela esteja, nunca estará satisfeita e sempre irá querer perder mais

peso, chegando assim, ao seu limite, perdendo as funções vitais do seu organismo, entrando em estado de bradicardia, hipotensão, diminuição de suas funções intestinais, hipoglicemia, anemia, hipotemia, osteoporose, depressão, atrofia cerebrais, leucopenia (diminuição dos leucócitos), entre outras complicações, levando assim a morte (NUNES, 1998).

## **2.4 Bulimia Nervosa**

Assim como a anorexia, a bulimia também apresenta seus maiores índices em adolescentes do sexo feminino. Devido à insatisfação corporal as adolescentes apresentam dietas excessivas. No que se refere à bulimia nervosa, estima-se uma prevalência entre 3 e 5% da população feminina adolescente (BOSI *et al.* 2004). Ainda assim, os homens também apresentam uma estimativa, só que em menor prevalência.

Em relação à bulimia nervosa, a faixa etária de maior incidência está entre 17 e 23 anos em mulheres, observando-se início um pouco mais tardio para os homens (20 a 25 anos). Ela manifesta-se por meio de episódios de ingestão exagerada de alimentos, ou seja, consumo de quantidade de comida superior àquela que a maioria das pessoas comeria, em circunstância semelhante; acompanhado de sensação de intensa perda de controle, culpa e vergonha. Esses episódios de voracidade podem ser seguidos de métodos compensatórios purgativos, como vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes ou diuréticos, enemas, além de períodos de jejum prolongados e excesso de atividade física (SAPOZNIK *et al.*, 2005).

Os indivíduos com bulimia nervosa consomem grandes quantidades de alimentos, especialmente se submetido a situações de stress (BOSI *et al.* 2004). “Em episódios compulsivos, acabam ingerindo em média de duas a cinco mil calorias, havendo relatos que alcançaram mais de 15 mil calorias em um único episódio (NUNES, 1998, p. 36)”.

Para evitar o ganho de peso e aliviar a culpa e a vergonha provocada pelo descontrole alimentar apresentam comportamentos compensatórios como induzir seu próprio vômito usando escova de dente, dedo, caneta, cabo de colher e de garfo. Os dedos dessas adolescentes costumam ser na grande maioria machucados (sinais de ransel),

além de terem problemas dentários, pois junto ao vômito vem o suco gástrico que acaba corroendo o esmalte do dente. Esse ritual apresenta um caráter secreto, o que dificulta o diagnóstico, sobretudo em fase inicial (BOSI *et al.* 2004). Dessa forma, a adolescente com bulimia passa facilmente despercebida.

Segundo Nunes *et al.* (1998), essas adolescentes acabam não tendo uma perda significativa de peso, ou seja, não ficam super magras, apresentam apenas um peso abaixo da média, ou, às vezes nem isso.

Por apresentarem um comportamento de descontrole alimentar, essas adolescentes dificilmente comem em lugares públicos, por medo do descontrole. Esses episódios de voracidade ocorrem na sua grande maioria durante a madrugada, às escondidas no quarto, o que acaba provocando um isolamento social.

Nunes *et al.* (1998) ainda diz que, essas adolescentes sofrem de depressão, humores alternados, fazem uma autocrítica severa, sua auto-estima depende do seu peso, necessidade de aprovação dos outros entre outros aspectos.

Assim como a anorexia, a bulimia também pode levar o indivíduo a morte, pois começa a apresentar perda de potássio, irritações no esôfago podendo vir a ter até um câncer de esôfago, irregularidades menstruais, desequilíbrio de líquido do corpo, úlceras, anemias, parada cardíaca entre outras complicações (NUNES *et al.* 1998).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Caracterização do Estudo:**

Este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa descritiva. Essa pesquisa observa, registra, analisa e correlaciona os fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los (Cervo e Bervian 2002). A escolha se deu pela possível descoberta da frequência que

um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

### 3.2 População e Amostra

O presente estudo foi realizado com adolescentes do sexo feminino, estudantes do Colégio anjos Custódios, instituição particular de ensino do município de Marialva. A amostra foi constituída por aproximadamente cinqüenta alunas do ensino médio, com faixa etária entre quatorze e dezoito anos.

### 3.3 Instrumentos

Foram utilizados para esta pesquisa, dois questionários já validados nacional e internacionalmente para avaliar a presença de sintomas relacionados a transtornos alimentares. O teste para avaliar a anorexia foi feito e utilizado por GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychol Med**, v. 9, p. 273-9, 1979. E o teste para avaliar a bulimia foi feito e utilizado por GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychol Med**, v. 9, p. 273-9, 1979. Ambos funcionando da seguinte forma:

Para detectar a bulimia foi utilizado o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE – *Bulimic Inventory Test of Edinburgh*) - questionário auto-aplicativo com trinta questões para se determinar sintomatologia relacionada à bulimia nervosa, tendo como respostas “sim” ou “não”. A escala BITE está dividida em duas subescalas: 1. *Subescala de sintomas*: aqueles que apresentam pontuação entre dez e dezenove considera-se com padrão alimentar não usual, entretanto, o avaliado não preenche todos os critérios para o diagnóstico de bulimia; aqueles com mais de dezenove pontos considera-se como com padrão alimentar compulsivo, com grande possibilidade de apresentar bulimia nervosa. 2. *Subescala de Severidade*: mede a severidade do comportamento em função da sua freqüência. Os avaliados que apresentam pontuação

igual ou superior a cinco têm um escore significativo, e os que apresentam uma pontuação maior do que nove apresentam um alto grau de severidade.

Para detectar os sintomas de anorexia foi utilizado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT 26 – *Eating Attitude Test*) – instrumento que contém vinte e seis perguntas sobre comportamento alimentar e imagem corporal (GARNER e GARFINKEL, 1979). Trata-se de um questionário auto-aplicativo dirigidas à sintomatologia anoréxica, com as possibilidades de respostas: 1. Nunca; 2. Raramente; 3. Às vezes; 4. Frequentemente; 5. Muito frequentemente; 6. Sempre. Pontuações maiores que 20 (EAT +) são indicativas de sintomatologia relacionada à anorexia nervosa.

### **3.4 Coleta de Dados**

A coleta dos dados foi realizada no início das aulas de Educação Física no período matutino quando as alunas ainda estavam em sala; Houve a apresentação e a explicação da pesquisadora aos alunos, assim, cada aluna respondeu dois questionários um seguido do outro, o primeiro sobre a Bulimia, contendo perguntas de assinalar sim, ou, não, o segundo sobre Anorexia, contendo perguntas de assinalar possibilidades. O estudo foi submetido ao comitê de ética do CESUMAR.

### **3.5 Análise Estatística**

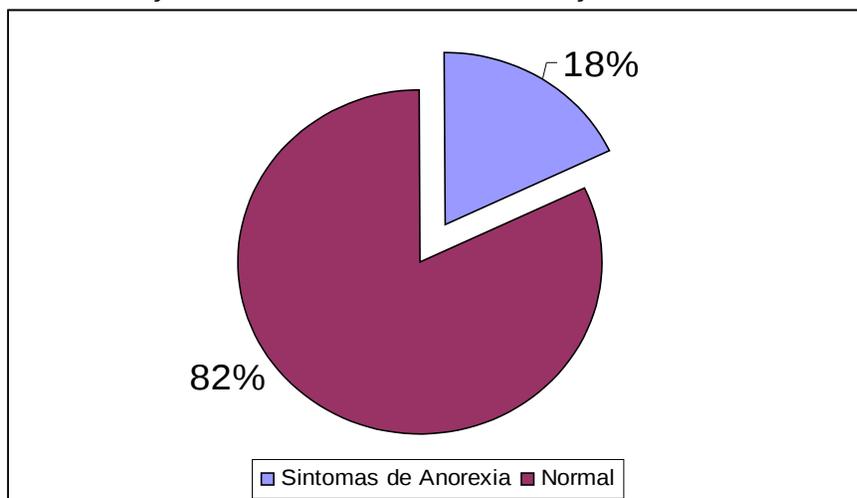
A análise estatística foi realizada através do programa Excel 2003. Os dados foram apresentados em frequência e percentual. Para possíveis comparações entre as variáveis investigadas foi utilizado o teste “t” de Student com nível de significância pré-estabelecido em  $p < 0,05$ .

## **7. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A população de estudo (50 adolescentes do sexo feminino de ensino médio), tinham em média entre 14 e 18 anos de idade. Os gráficos e os quadros 1 e 2, mostram

respectivamente, os resultados de confiabilidade dos questionários EAT-26 e BITE aplicados em relação a anorexia e bulimia.

**Gráfico 1.** Distribuição das adolescentes em relação aos sintomas de anorexia.



O gráfico1 acima aponta que, de 50 adolescentes, 82% da população questionada encontra-se no estado normal diante dos sintomas da doença, sendo que, 18% apresentam sintomas referentes á anorexia. 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 Goldstein (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 +. Mais recentemente Dunker e Philippi (2003), em um estudo com 279 moças, identificaram que 21,1% possuíam sintomatologia para anorexia nervosa. Diante desses estudos vimos que, os resultados apresentam grande semelhança em porcentagem,não tendo assim, uma diferença significativa.

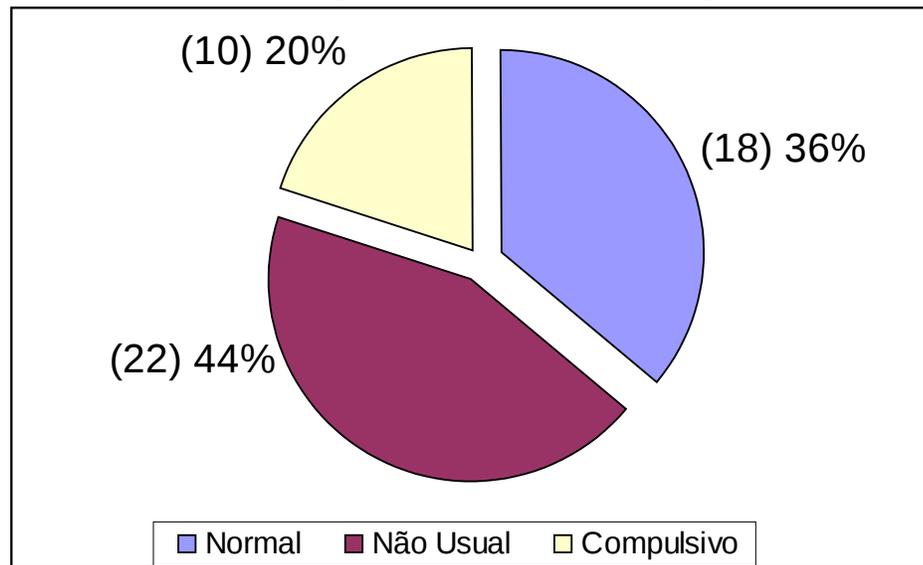
Dessa forma, o estudo em questão na cidade de Marialva – PR, com adolescentes do sexo feminino, está de acordo com os outros estudos, afirmando que existem realmente um índice elevado de risco para anorexia nervosa em mulheres jovens.

**QUADRO 1.** Prevalência de sintomas de anorexia nervosa de acordo com a idade.

Faixa Etária	Questionários Aplicados	EAT +	
		n	%
Até 15 anos	34	04	11,80
> 15 anos	16	05	31,30
TOTAL	50	09	18,00

Analisando a tabela 1 vimos que, a prevalência de EAT + entre as alunas que se enquadram na faixa etária da adolescência (> 15 anos), apresentam um maior percentual de EAT +(31,30%) em relação às alunas com idade até 15 anos EAT+(11,80), sendo assim, vimos que esta diferença causa uma probabilidade de que as adolescentes com idade acima de 15 anos, possam apresentar uma maior prevalência diante da anorexia. Em uma pesquisa realizada em Maringá –PR, Fernandes *et al.*(2007), mostra que de 216 universitárias avaliadas, o maior percentual de sintomas de anorexia se encontram em alunas de até 19 anos, indicando 35,38% de EAT+. Neste caso, pode-se perceber que a prevalência desses transtornos alimentares se encontram, mais no final da adolescência, ou seja, acima dos 15 anos. Estes dados corroboram com a literatura que tem evidenciado que, mulheres jovens, especificamente adolescentes, constituem o grupo de maior risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (MORANDÉ e CARRERA, 1988; FLEITLICH *et al.*, 2000; VALE, 2002; BOSI e OLIVEIRA, 2004).

**Gráfico 2.** Distribuição das adolescentes em relação a bulimia



Em relação à avaliação da bulimia nervosa, o gráfico 2 mostra que, entre as 50 adolescentes avaliadas, 36% se mostra no estado normal não apresentando nenhum tipo de sintomas relacionados a doença, já 44% das estudantes, possuem comportamento alimentar não usual, indicando comportamento de risco e, verificou-se ainda que, 20% apresentaram comportamento alimentar compulsivo, o que indica possível diagnóstico de bulimia nervosa. Assim, de acordo com os dados referentes nesta pesquisa, esses percentuais podem ser considerados preocupantes. Bosi e Oliveira (2004), em estudos realizados com 40 atletas adolescentes entre 10 e 19 anos, verificou que, 35,6% apresentam escores superiores ao limite da normalidade, deste percentual, 24,9% são não usual, enquanto 5,9% indicam uma forte probabilidade de preencher os critérios diagnósticos da bulimia nervosa.

**QUADRO 2.** Distribuição das adolescentes em relação ao comportamento alimentar De acordo com a idade (BITE).

Comportamento Alimentar	Até 15 anos (n=34)		> 15 anos (n=16)		Total da amostra (n=50)	
	f	%	f	%	f	%
NORMAL	15	44,20	03	18,75	18	36
NÃO USUAL	13	38,20	09	56,25	22	44
COMPULSIVO	06	17,60	04	25	10	20
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

De acordo com o BITE, na tabela 2, constatamos que as adolescentes com idade de até 15 anos, apresentam um escore de 44,20% de normalidade, enquanto as adolescentes com idade >15 anos apresentam 18,75%. Em relação ao comportamento alimentar não usual, com idade até 15 anos apresentam 38,20%, e >15 anos apresentam 56,25%. No estado compulsivo com idade até 15 anos apresentam 17,60% enquanto as meninas com idade >15 anos apresentam 25%.

Em outras pesquisas, Fernandes *et al.*(2007) por exemplo, entre 216 avaliadas, encontrou uma prevalência de bulimia em 51% nas estudantes com idade >15 anos. Assim, verifica-se que mais uma vez as adolescentes com idade >15 anos apresentam um maior índice de probabilidade de sintomas de bulimia nervosa, assim como na anorexia nervosa.

Este estudo observou que, tanto a anorexia nervosa, quanto a bulimia nervosa, se encontram em altos índices, ambos apresentam prevalências, embora a bulimia se mostre um pouco mais alta, mas em resultados não significativos.

Importante ressaltar que, a pesquisa foi realizada em uma instituição de ensino privada, onde os alunos têm um bom poder aquisitivo. Esta pode ser, uma das explicações para a alta prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares identificada neste estudo. Nunes (1998) e Chiodini e Oliveira (2003), relatam que transtornos de ordem alimentar ocorrem com maior frequência em classes sociais mais privilegiadas.

Os escores mais elevados de fatores de risco para transtornos alimentares, foram observados nas alunas com idade até acima de 15 anos, confirmando o que tem sido demonstrado por outras pesquisas, que apontam que, este grupo etário é mais influenciado pela cultura e pela mídia (CHIODINI e OLIVEIRA, 2003). Na fase da adolescência, há uma grande preocupação com a imagem corporal perante aos amigos. Esta preocupação, aliada aos pré-requisitos de beleza impostos pela sociedade, potencializa um comportamento alimentar inadequado do adolescente, em busca de um padrão estético ideal (FERNANDES e NOZAKI 2007).

## **CONCLUSÃO**

Foram observadas, altas prevalências de fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares nas alunas investigadas, demonstrando, a tendência atual do aumento da incidência de anorexia e bulimia nervosas, principalmente entre adolescentes.

Com os resultados obtidos observa-se que, a cada dia que passa, há uma crescente nos índices desses transtornos alimentares, principalmente na fase da adolescência, pois de acordo com o presente estudo, meninas com idade >15 anos apresentam uma maior prevalência em relação á anorexia e bulimia.

Tanto a anorexia, quanto á bulimia, apresentaram-se prevalentes, a bulimia por sua vez, mostra-se com um escore um pouco mais alto, mesmo assim, não apresenta um percentual considerado significativo de prevalência em relação á anorexia.

O elevado índice de alunas com sintomas de bulimia e anorexia nervosas encontrado neste estudo indicam a necessidade de envolver familiares e profissionais, para que atuem juntos a esses segmentos. As instituições educacionais como as escolas, devem implantar disciplinas nutricionais e ainda, promover interações com os familiares com reuniões e discussões nas escolas sobre a importância dos hábitos e comportamentos alimentares, pois a intervenção precoce constitui medidas essenciais preventivas.

## REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, J.C; CLAUDINO, A.M. Transtornos Alimentares. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 22, p. 28-31, 2000.

BEE, HELEN; **A criança em Desenvolvimento.** 9º edição, Porto Alegre, Editora Artmed, 2003.

BOSI MLM, OLIVEIRA FP. Comportamentos bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo. **Rev Bras Psiquiatr** 2004; 26(1): 32-4.

CASTRO JM, GOLDRNSTEIN S. Eating Attitudes and behaviors of pre- and postpubertal females: clues to the etiology of eating disorders. **Physiol Behav** 1995; 58(1):15-23.

CERVO, AMADO LUIZ; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica:** para uso dos estudantes universitários. 3. ed. São Paulo, Mc Graw - Hill do Brasil, 1983.

CHIODINI, Juliana Soave; OLIVEIRA, Maria Rita Marques de. Comportamento alimentar em adolescentes: Aplicação do EAT 26 numa Escola Pública. **Revista Saúde,** Piracicaba, v. 5, n. 9, p. 53 – 58, 2003.

DUNKER, K.L.L; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição,** v. 16, n. 1, p. 51-60, 2003.

FERNANDES, C. A Molena, NOZAKI, Vanessa. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo em universitárias de uma instituição de ensino particular. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar, no prelo, 2007**

FIATES, Giovanna Medeiros Rataichesk; SALLES, Raquel Kuerten. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Distúrbios Alimentares: Um Estudo em Universitárias. **Revista de Nutrição Campinas,** v. 14, 3-6, 2001.

FISHER, M.; GOLDEN, N.H.; KATZMAN, D.K.; KREIPE, R.E.; RESS, J.; SCHEBENDACH, J. et al. Eating disorders in adolescents: a Background Paper. **J Adolesc Health,** v. 16, p. 420-37, 1995.

FLEITLICH BW, LARINO MA, COBELO A, CORDÁS TA. Anorexia nervosa na adolescência. **J Pediatr** 2000; 76(3): 323-329.

GALLAHUE, David L. OZMUN, John C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.** 1º edição, São Paulo, Editora Phorte, 2001

HUSE, D.M.; LUCAS, A.R. Dietary Patterns in Anorexia Nervosa. **American Journal of clinical Nutrition**. v. 40, n.2, p.251-254, 1984.

MAGALHÃES, V.C; GULNARM A; MENDONÇA, S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários auto-preenchíveis. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 3, p. 236-45, 2005.

MAGALHAES, Bossi Maria Lucia; PALHA, Oliveira Fátima. Comportamentos bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo. **Rev. Brás. Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 32-4, 2004.

MORANDÉ G, CARRERA M. Anorexias nerviosas y bulimias? Una epidemia actual em adolescentes – alguns aspectos em discusión. **Rev Psiquiatria Chile** 1988; 5: 19-28.

NUNES, Maria Angelica Antunes; APPOLINÁRIO, José Carlos; ABUCHAIM, Ana Luiza Galvão; COUTINHO, Walmir. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 1º edição, Porto Alegre, Artmed, 1998.

PASTORE DR, FISCHER M, FRIEDMAN SB. Abnormalities in weight status, eating attitudes and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. **J Adolesc Health** 1996; 18(5) 312-319.

SABINE, MARIA APARECIDA CÓRIA. **PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO**. 1º EDIÇÃO, SÃO PAULO, EDITORA ÁTICA,1993.

SAPOZNIK, A; ABUSSAMRA, E.V; AMIGO, V.L. **Bulimia Nervosa: Manifestações Clínicas, Curso e Prognóstico**. In: Zanella MT; Laudino AM. eds. Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade São Paulo, Manole; 2005.

Vale AMO. Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso entre estudantes secundaristas da rede pública e privada de Fortaleza (dissertação de mestrado) Ceará: **Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; 2002**.

WLODARCZYK-BISAGA, K.; DOLAN, B. A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in polish schoolgirls. **Psychol Med**, v. 26, p. 1021-32, 1996.