

Ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná

Alice Maria de Souza-Kaneshima^{1*}, Angela Andréia França¹, Daniele de Pinho Freitas Kneube¹ e Edilson Nobuyoshi Kaneshima²

¹Centro Universitário de Maringá, Avenida Guedner, 1610, 87050-390, Maringá, Paraná, Brasil. ²Departamento de Análises Clínicas, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. *Autor para correspondência. e-mail: kaneshima@cesumar.br

RESUMO. Este trabalho investiga a ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em 187 estudantes do ensino médio da cidade de Maringá, Estado do Paraná. O Índice de Massa Corporal (IMC) e a classificação do estado nutricional foram utilizados para a avaliação antropométrica. A análise das respostas do questionário *Body Shape Questionnaire* (BSQ) demonstrou que 66,1% das estudantes do sexo feminino apresentaram distúrbios de imagem corporal e somente 18,6% dos estudantes do sexo masculino apresentaram tal distúrbio. Com relação às respostas ao questionário Teste de Atitudes Alimentares (EAT), verificou-se que 10% do sexo masculino e 32% do sexo feminino apresentaram sintomatologia anoréxica. Os resultados sugerem uma elevada incidência da anorexia nervosa na população estudada bem como uma significativa presença de distorção da imagem corporal. As informações são relevantes para estudos clínicos voltados para orientação nutricional dos adolescentes visando à reeducação alimentar.

Palavras-chave: anorexia nervosa, imagem corporal, adolescência.

ABSTRACT. Occurrences of nervous anorexy and body image disorder in middle-school students in the city of Maringá, State of Paraná. This study investigates the occurrence of nervous anorexy and body image disorders in 187 middle school students in the city of Maringá, State of Paraná, Brazil. Body Mass Index (BMI) and the classification of the nutritional state were used to the anthropometrical evaluation. The analysis of the questionnaire BSQ answers demonstrated that 66.1% of female students presented the body image disorder, and only 18.6% of male students presented such disorder. Regarding the questionnaire EAT answers, the analysis showed that 32% female and 10% male sex presented anorexic symptoms. The obtained results indicated high incidence of nervous anorexy in the population studied as well as a significant presence of body image distortion. These results are relevant to clinic studies of teenagers, mainly those directing to future studies on nutritional orientation focusing on alimentary reeducation.

Key words: nervous anorexy, body image, adolescence.

Introdução

A anorexia nervosa é um transtorno do comportamento alimentar que tem frequência e relevância aumentada principalmente entre mulheres adolescentes ou adultas jovens (Nunes *et al.*, 2001; Walsh, 2005). O risco das mulheres jovens desenvolverem tal transtorno é de 20%, pelo fato de apresentarem comportamentos subclínicos e precursores (Van e Vogel, 1985). O aumento na ocorrência desse transtorno está associado principalmente às influências culturais e mercadológicas que valorizam o corpo esbelto e esguio da mulher (Serra e Santos, 2003; Vilela *et al.*, 2004).

O modelo etiológico multifatorial é o mais aceito para explicar a gênese e a manutenção de transtornos alimentares, com base na hipótese de envolvimento e inter-relação de vários fatores biológicos, psicológicos e sociais (Appolinário e Claudino, 2000; Walsh, 2005). A sociedade atual estima a atratividade e a magreza em particular, tornando a obesidade uma condição altamente estigmatizada e rejeitada (Killen *et al.*, 1996; Serra e Santos, 2003).

A anorexia nervosa é descrita como uma doença que leva à inanição devido à perda excessiva de peso que ocorre de forma auto-imposta, associada a grande desgaste físico e psicológico (Mahan e Stump, 2002; Stark, 2000). Pacientes portadores

dessa doença possuem um medo extremo de ganhar peso e apresentam uma desordem na imagem corporal, pois nesse caso o próprio indivíduo vê a si próprio como gordo, mesmo sendo magro (Grillo e Silva, 2004; Saikali *et al.*, 2004). A prevalência da anorexia nervosa varia entre 2 a 5% nas mulheres adolescentes e adultas jovens. Essa prevalência também foi constatada nos Estados Unidos, sendo considerada a terceira doença crônica mais comum entre as adolescentes, ficando atrás somente da obesidade e da asma (Fischer *et al.*, 1995).

Durante o desenvolvimento da anorexia nervosa, a perda de peso é retratada como um sinal de extraordinária proeza e autodisciplina, uma vez que o ganho de peso é percebido como uma inaceitável perda de autocontrole (Mahan e Stump, 2002; Serra e Santos, 2003). A anorexia nervosa pode se manifestar sob dois tipos: o tipo restritivo, no qual a perda de peso é obtida através de dietas ou jejum, com ou sem exercícios excessivos, e o tipo compulsão periódica/purgativo, caracterizado pela ocorrência de episódios de compulsão alimentar associados a vômitos auto-induzidos, ao abuso de laxativos e de diuréticos (Costa e Azevedo, 1998; Ha *et al.*, 2003).

A má percepção corporal é demonstrada pela grande insatisfação com a imagem corporal e com o desejo de perder peso, sendo descrita tanto em nosso país (Nunes *et al.*, 2001; Dunker e Philippi, 2003; Vilela *et al.*, 2004) como em outros países (Deas *et al.*, 1992; Huon, 1994; Drewnowski *et al.*, 1995; Bowman *et al.*, 1996; Nowark, 1998). O questionário *Body Shape Questionnaire* (BSQ) distingue a forma do corpo e a auto-depreciação, principalmente pela aparência física e pela sensação de estar acima do peso (Cordás e Neves, 2000).

As mudanças ocorridas na percepção da alimentação e do peso podem ser identificadas antes ou logo após a anorexia nervosa estar instalada, porque os sintomas da anorexia nervosa podem ser identificados em populações clínicas e não clínicas por meio do "Teste de Atitudes Alimentares" (EAT-26) (Nunes *et al.*, 1994).

Diante do exposto e pelo fato de Fischer *et al.* (1995) relatarem que a anorexia nervosa pode ocorrer principalmente em indivíduos adolescentes, torna-se relevante verificar a ocorrência desse transtorno alimentar e também do distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública de ensino, pois estes são, em sua maioria, adolescentes pertencentes às diferentes camadas sociais da população da cidade de Maringá, Estado do Paraná.

Material e métodos

Uma escola da rede pública estadual de ensino da cidade de Maringá, Estado do Paraná, foi escolhida aleatoriamente e a diretoria da escola foi contatada pessoalmente para a exposição do objetivo e, também, para obtenção da autorização para realização da pesquisa.

População estudada

Um grupo de 187 estudantes foi selecionado ao acaso para a entrevista e estes forneceram informações sobre idade, sexo e nível de escolaridade. As informações, mensurações e respostas dos questionários foram obtidas somente após esclarecimentos das dúvidas e da assinatura do termo de consentimento aprovado pelo Comitê de Ética Institucional.

Avaliação antropométrica

A avaliação antropométrica foi realizada por meio de mensurações de peso e estatura, utilizando-se uma balança digital marca Plenna® com capacidade máxima para 150 quilos e antropômetro de marca estadiômetro Personal Sanny® com capacidade de 2 metros. Essas informações foram utilizadas nos cálculos dos índices de massa corpórea (IMC) e na classificação do estado nutricional de acordo com Must *et al.* (1991).

Investigação da distorção corpórea

A investigação da distorção corpórea dos adolescentes foi realizada pela aplicação do questionário *Body Shape Questionnaire* (BSQ), na versão em português de Cordás e Castilho (1994), sendo constituído por 34 perguntas com 6 possíveis respostas: 1. Nunca; 2. Raramente; 3. Às vezes; 4. Frequentemente; 5. Muito frequentemente; 6. Sempre. Para cada resposta assinalada existe uma pontuação, cujo somatório determina: a ausência de distúrbios da imagem corporal, caso a pontuação seja inferior a 80 pontos; distúrbio de imagem corporal leve (81 a 110 pontos), moderada (111 a 140 pontos) ou grave (> 140 pontos).

Identificação de indivíduos com sintomatologia anoréxica

Para a identificação dos indivíduos com sintomatologia anoréxica foi utilizado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). O questionário aplicado corresponde à versão em português de Nunes *et al.* (1994), sendo constituído por 26 questões com as mesmas possibilidades de respostas do BSQ. No entanto, pontuações maiores que 21 são indicativas de sintomatologia relacionada à anorexia nervosa.

Resultados

Um total de 187 adolescentes estudantes do ensino médio no período matutino de uma escola da rede pública de ensino, da cidade de Maringá, Estado do Paraná, foram entrevistados e verificou-se que 62,6% eram do sexo feminino e 37,4% do sexo masculino. A idade dos entrevistados variou entre 15 e 19 anos e cerca de 45,5% cursavam o 1º ano do ensino médio; 39,6 e 14,9% cursavam o 2º e o 3º ano, respectivamente.

Durante a avaliação antropométrica foram realizadas mensurações de peso e estatura de cada adolescente, sendo determinado o Índice de Massa Corporal (IMC). De acordo com o IMC obtido, os adolescentes foram classificados quanto ao estado nutricional, conforme Must *et al.* (1991). A análise da Tabela 1 demonstra que a maioria dos adolescentes entrevistados (76,9% do sexo feminino e 70% do masculino) foi classificada dentro do padrão de normalidade (eutróficos); no entanto, 6,9% das meninas e 15,7% dos meninos encontraram-se em estado limítrofe a desnutrição ou desnutridos. Em contrapartida, 16,2 e 14,3% dos entrevistados do sexo feminino e masculino, respectivamente, foram classificados como portadores de sobrepeso/obesidade.

Tabela 1. Classificação do estado nutricional de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) de cada adolescente entrevistado – 2005.

Estado Nutricional	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº adolec.	Percentual (%)	Nº adolec.	Percentual (%)	Nº adolec.	Percentual (%)
Desnutrição / Limítrofe	11	15,7	8	6,9	19	10,1
à desnutrição						
Eutrofia	49	70,0	90	76,9	139	74,4
Sobrepeso / Obesidade	10	14,3	19	16,2	29	15,5
Total	70	100	117	100	187	100

adolec. = adolescentes.

Apesar de muitos adolescentes entrevistados estarem enquadrados no padrão de normalidade, estes estão insatisfeitos com sua aparência. A insatisfação pode ser comprovada pela análise da Figura 1, pois de acordo com a auto-escala BSQ foi possível verificar que somente 34,2% das adolescentes do sexo feminino não apresentaram distúrbio de imagem corporal. As demais entrevistadas apresentaram distúrbios que estão distribuídos da seguinte forma: 23,9% em distúrbio leve; 31,6% em moderado e 10,3% em grave. Entre os adolescentes masculinos a presença do distúrbio de imagem corporal segundo auto-escala BSQ foi bem menor, somente 11,4 e 7,2% apresentaram distúrbios leve e moderado, respectivamente, conforme descrito na Figura 2.

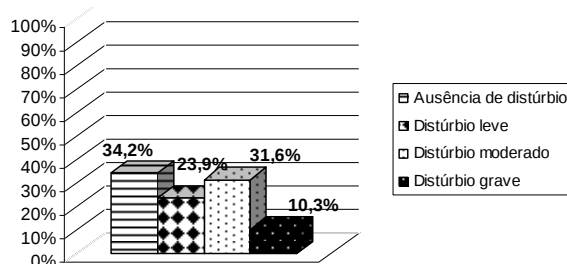


Figura 1. Percentual de adolescentes do sexo feminino portadoras ou não de distúrbios de imagem corporal, conforme auto-escala BSQ, 2005.

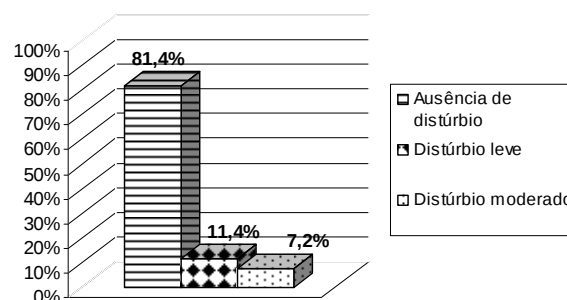


Figura 2. Percentual de adolescentes do sexo masculino portadores ou não de distúrbios de imagem corporal, conforme auto-escala BSQ, 2005.

A Figura 3 indica um fato importante que deve ser ressaltado, cerca de 48,6% das adolescentes portadoras de distúrbio de imagem corporal eram eutróficas, somente 2,6% das adolescentes classificadas em estado de desnutrição ou limítrofe a desnutrição apresentaram distorção corpórea. Cerca de 14,5% das adolescentes que apresentaram distúrbio de imagem corporal realmente eram portadoras de sobrepeso ou obesidade.

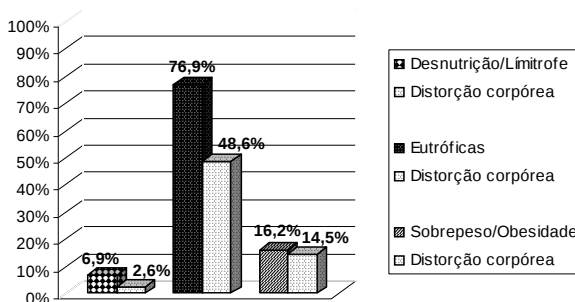


Figura 3. Análise comparativa entre o estado nutricional das adolescentes do sexo feminino associado com os distúrbios de imagem corporal em 2005.

Em relação aos adolescentes do sexo masculino, a Figura 4 demonstra que os distúrbios de imagem corporal foram detectados em somente 10% daqueles considerados eutróficos e em 8,6% dos adolescentes com sobrepeso ou obesos, aqueles

adolescentes classificados como portadores de desnutrição ou na faixa limítrofe da desnutrição não apresentaram distorção corpórea.

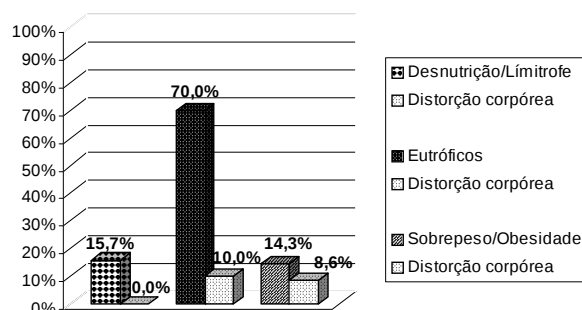


Figura 4. Análise comparativa entre o estado nutricional dos adolescentes do sexo masculino associado com os distúrbios de imagem corporal em 2005.

A análise da Tabela 2 possibilitou a identificação de 37 adolescentes do sexo feminino que apresentaram sintomatologia anoréxica (EAT-26 positivo), o que corresponde à 31,6% das adolescentes entrevistadas. Deve ser salientado que 91,8% dessas 37 adolescentes, ou seja, 34 adolescentes, além de serem portadoras de sintomatologia anoréxica, também apresentaram distúrbio de imagem corporal. Somente 10% dos adolescentes do sexo masculino, ou seja, 7 indivíduos foram classificados como EAT-26 positivo, ressaltando que 85,7% desses indivíduos anoréxicos, ou seja, 6 adolescentes, também apresentaram distúrbio de imagem corporal. Os resultados ilustrados na Tabela 2 demonstram que a distorção da imagem corporal ocorreu com grande frequência nos adolescentes EAT positivo, principalmente do sexo feminino, no entanto uma proporção bem pequena dos adolescentes do sexo masculino apresentou a sintomatologia anoréxica.

Tabela 2. Percentual de adolescentes portadores de anorexia nervosa conforme análise das respostas ao EAT-26 em 2005

Sexo	Total de indivíduos entrevistados	Indivíduos anoréxicos	Percentual	Indivíduos anoréxicos e com distorção corpórea	Relação percentual entre indivíduos anoréxicos e com distorção corpórea
Feminino	117	37	31,6%	34	91,8%
Masculino	70	7	10,0%	6	85,7%

Discussão

As dificuldades vividas pelos adolescentes podem ser compreendidas à luz dos aspectos que determinam as práticas e hábitos alimentares, os quais, por sua vez são determinados por aspectos sociais, psicológicos, culturais, econômicos e subjetivos (Serra e Santos, 2003). Vários elementos

conscientes e inconscientes estão envolvidos na estrutura da imagem corporal, ou seja, não é somente a percepção subjetiva que cada um tem de sua aparência, mas também a associação de fatores psicológicos e sociológicos (Reato, 2002; Sousa *et al.*, 2003). Desta forma, à medida que o corpo vai transformando-se e adquirindo contornos de adulto, o indivíduo vai gradualmente formando sua auto-imagem definitiva (Reato, 2002).

Ao se observar a evolução dos padrões de beleza, desde Vênus de Milo passando pelos quadros de nus dos pintores do século XVI até o início do século XX, constata-se que houve um processo de construção materializada da imagem caquética feminina. A partir da década de 1960 até a atualidade, as manequins vêm assumindo antropometrias cada vez menores. Muitas adolescentes se privam do prazer de comer para conquistar um determinado padrão estético (Serra e Santos, 2003). Essa imagem caquética feminina também está diretamente relacionada com os fatores sócio culturais envolvidos na patogênese dos transtornos alimentares que impõem um ideal de beleza juntamente com o culto às dietas hipocalóricas e ao corpo esquelético (Nunes e Ramos, 1998).

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o preconceito contra a obesidade é, sem dúvida, muito forte, porque o culto à magreza está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social (Andrade e Bosi, 2003; Serra e Santos, 2003). A influência cultural da magreza afeta principalmente a população feminina, haja vista que as adolescentes, além de se privarem do prazer de comer, também mantêm comportamentos alimentares anormais associados às práticas inadequadas de controle de peso para conquistar um determinado padrão estético (Appolinário e Claudino, 2000; Serra e Santos, 2003).

Atualmente, os valores de maior importância são a moda e a beleza física, modelos culturalmente exigidos para a aparência física, mas que podem atuar de forma repressiva na construção da imagem corporal, afetando a auto-estima ou a consciência que se tem do próprio corpo (Sousa *et al.*, 2003). Bruch (1962) mostrou pela primeira vez que mulheres anoréxicas superestimavam o tamanho de seus corpos. Essa conduta ainda continua a ser praticada pelos pacientes portadores de anorexia nervosa, sendo agravada pelo fato de estarem insatisfeitos com sua aparência física (Claudino e Borges, 2002). Essa insatisfação também foi comprovada por Mahoney (1998) e Nunes *et al.* (2001), visto que foi relatado que 75% das adolescentes se descrevem como obesas.

A mídia exerce uma grande influência na perpetuação das preferências por formas corporais magras, e isto pode ser um dos fatores responsáveis pelo alto número de estudantes com distúrbio de imagem corporal (Souza *et al.*, 2002). Desta forma, é bem provável que grande parte dessa insatisfação seja decorrente da influência dos meios de comunicação que mostram personagens com aspectos físicos invejáveis, estes aspectos provavelmente não são os mesmos dos adolescentes entrevistados. Essa disparidade entre o observado e o desejado pode levar à insatisfação, acarretando em comportamentos alimentares inadequados em uma tentativa de mudar a sua forma corpórea. Além disso, a presença de distorção da imagem corporal associada à anorexia nervosa tem papel sintomatológico e prognóstico relevante (Saikali *et al.*, 2004).

A preocupação excessiva com o peso ainda não é suficiente para diagnosticar um transtorno alimentar, mas existem evidências de que adolescentes portadoras dessa preocupação apresentam uma predisposição aumentada em sete vezes (Patton *et al.*, 1999).

Neste trabalho, foi verificada a associação entre a distorção da imagem corporal com os adolescentes EAT positivo, principalmente do sexo feminino. Essa associação também ocorreu nos adolescentes do sexo masculino que apresentaram a sintomatologia anoréxica, mas com uma proporção bem pequena. Essa menor proporção provavelmente está relacionada ao fato dos adolescentes do sexo masculino apresentarem uma maior preocupação com a forma física e com a massa corporal, ao contrário das adolescentes do sexo feminino, que estão mais preocupadas com o peso (Melina e Araújo, 2002). Talvez este seja o principal motivo do pequeno número de estudos sobre a anorexia nervosa no sexo masculino, criando uma dificuldade na associação dos sintomas anoréxicos com outros índices.

Os resultados deste trabalho apontam que 31,6% das adolescentes do sexo feminino apresentaram sintomatologia anoréxica. Esse percentual é mais elevado em relação àqueles descritos em adolescentes do sexo feminino de outros países, pois Nasser (1994) e Pastore *et al.* (1996) detectaram um percentual de 11,4 a 15% com escore positivo, enquanto que em outras regiões do Brasil verificou-se que esses valores variaram de 21,1 a 27,7% (Assunção *et al.*, 2002; Souza *et al.*, 2002 e Dunker e Philippi, 2003).

Segundo Williams (1987), a probabilidade de uma pessoa com escore positivo desenvolver a anorexia é relativamente baixo, pois para cada 100 escores altos somente 19 poderão vir a ter esse transtorno que provoca alterações graves no

comportamento e no funcionamento do corpo. Muitas adolescentes portadoras de anorexia nervosa procuram perder peso em busca do chamado “corpo ideal”. Inicialmente, as dietas se referem apenas à qualidade dos alimentos, evitando-se assim aqueles que contenham muitas calorias, porém com a instalação da distorção da imagem corpórea a dieta sofre profundas alterações, inclusive com a diminuição progressiva da ingestão de alimentos. Essa diminuição pode ser conseguida naturalmente ou por uso de medicação anorexígena, que é um método fácil e rápido para emagrecimento, mas que não garante a adoção de um comportamento alimentar que promova a saúde (Serra e Santos, 2003). Como a diminuição na ingestão dos alimentos ocorre na fase de crescimento, existe o risco de comprometimento da saúde (Reato, 2002). Com o avançar do quadro e em virtude do comportamento alimentar bizarro e restritivo, o anoréxico começa a apresentar complicações clínicas (Carmo Filho, 2000). Essas complicações são variadas e estão relacionadas principalmente com o grau de perda de peso corporal e também com os métodos compensatórios utilizados pelo paciente (Assumpção e Cabral, 2002).

Os sintomas clínicos predominantes são decorrentes dos estados de desnutrição e de desidratação; por exemplo, a hipotensão arterial é uma alteração cardiovascular resultante do estado de depleção crônica de volume circulante (Costa e Azevedo, 1998; Assumpção e Cabral, 2002). As alterações visuais como catarata, atrofia do nervo óptico e degeneração da retina podem estar associadas à inanição (Mitchell, 1983); a hipoglicemia e as alterações hematológicas, como a anemia e a leucopenia, são conseqüências de jejuns prolongados (Mitchell, 1983; Costa e Azevedo, 1998); e a hipercolesterolemia ocorre devido à redução dos níveis de triiodotironina (T3) e da globina carreadora de colesterol ou pela diminuição da excreção fecal de ácidos biliares e colesterol (Mitchell, 1983). A redução na conversão periférica de T3 e tiroxina T4 com resposta exagerada do hormônio tireoestimulante (TSH) promovem um hipotireoidismo que é um mecanismo adaptativo à desnutrição, nesse caso a paciente pode apresentar pele seca e amarelada, constipação, intolerância ao frio e bradicardia (Assumpção e Cabral, 2002). As alterações endócrinas no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal provocam a amenorréia e infertilidade (Costa e Azevedo, 1998).

A hipocalemia pode ser causada pela desnutrição, e como é uma alteração hidroeletrólítica, representa um risco para o desenvolvimento de arritmias

cardíacas (Grennfeld *et al.*, 1995; Panagiotopoulos *et al.*, 2000).

A suspensão do crescimento ósseo linear pode vir associada à redução da densidade mineral óssea, podendo provocar osteopenia ou até mesmo osteoporose irreversível (Zipfel *et al.*, 2001). A constipação é uma alteração gastrointestinal decorrente do uso de laxantes que provocam danos irreversíveis ao cólon intestinal (Assumpção e Cabral, 2002). Diante do exposto, torna-se possível constatar que a anorexia nervosa acarreta sérias complicações fisiologicamente irreversíveis; como essas complicações ocorrem entre os adolescentes, é possível que afetem o desenvolvimento dos mesmos e por conseguinte acabam comprometendo toda a vida do indivíduo.

Os adolescentes enfrentam constantes flutuações de humor e do estado de ânimo, na tentativa de adequar-se às normas estabelecidas pelo mundo. Essa adequação pode ser retratada em dois grupos; no primeiro, as meninas fazem de tudo para se controlar e não engordar e por isso são consideradas vitoriosas; porém no segundo grupo as adolescentes não conseguem fazer a dieta para manter o peso ou emagrecer, e por isso são caracterizadas como as fracassadas, as que não farão sucesso e quiçá serão aceitas socialmente (Serra e Santos, 2003). Como é possível constatar, nem sempre as adolescentes conseguem adequar-se, surgindo então a sensação do fracasso que pode originar um sentimento de solidão devido à frustração (Kaufman, 2002). Os adolescentes portadores de anorexia nervosa também podem apresentar grandes instabilidades no humor, que podem inclusive ser uma causa da depressão (APA-IV, 1994; Scivoletto e Takei, 1999). Os pacientes com transtornos alimentares associados a distúrbios de personalidade têm maior chance de piora, podendo até mesmo tentar o suicídio ou automutilação em certos momentos (Martins e Sassi Jr., 2004).

O diagnóstico do transtorno alimentar é complexo, necessitando de um conjunto de inúmeras variáveis que indiquem se o paciente possui a doença ou não. O DSM-IV editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994) cita como critério diagnóstico para a anorexia nervosa a recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; o medo intenso do ganho de peso ou de tornar-se obeso; a perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou formas corporais; a excessiva influência do peso ou formas corporais na maneira de se auto-avaliar; e com relação especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais

consecutivos. A classificação dos transtornos mentais e do comportamento da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição – CID-10 (OMS, 1993) apresenta critérios diagnósticos muito próximos aos do DSM-IV.

A anorexia nervosa é uma doença considerada de difícil tratamento devido a sua etiologia multifatorial, na qual a base da terapêutica é a integração das abordagens médica, psicológica e nutricional, sendo fundamental a constituição de uma equipe multiprofissional para o sucesso terapêutico (Nunes *et al.*, 1998; Cordás, 2001; Duchesne e Almeida, 2002). A tendência atual para o tratamento contempla uma proposta integrada, na qual a recuperação de peso, a melhora sintomatológica do quadro psiquiátrico e a compreensão de aspectos psicológicos mais profundos possuem importância equivalente (Gorgati *et al.*, 2002). Diante do exposto, o diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica adequada são fundamentais para o manejo clínico e o prognóstico dessas condições (Appolinário e Claudino, 2000).

Uma grande dificuldade encontrada durante o tratamento das pacientes anoréxicas está no fato de que estas iniciam o tratamento com pouca ou quase nenhuma intenção de progredir. Nesse caso, a família passa a ter uma função primordial e de grande importância no tratamento dos transtornos alimentares (Abreu e Cangelli Filho, 2004; Cobelo *et al.*, 2004). As estratégias sugeridas para o tratamento são a diminuição da restrição alimentar e da frequência de atividade física para facilitar o aumento do peso; a diminuição do distúrbio da imagem corporal e o aumento da auto-estima (Duchesne e Almeida, 2002).

O papel do nutricionista no tratamento do paciente com anorexia nervosa é indispensável, porque este é o profissional habilitado para questionar aspectos relacionados à alimentação, na tentativa de ajudar o paciente a normalizar seu padrão alimentar, associado com o fato de que a mudança de comportamento deve envolver planejamento e uma alimentação saudável e equilibrada (Alvarenga e Larino, 2003; Serra e Santos, 2003; Latterza *et al.*, 2004). Segundo a *American Dietetic Association* (ADA, 2001), a terapia nutricional deve ajudar o paciente a entender suas necessidades nutricionais, bem como ajudar a iniciar uma escolha alimentar por meio de um aumento da variedade na dieta e da prática de comportamentos adequados. Durante a terapia nutricional, uma técnica efetiva é aquela que envolve a mudança das

crenças errôneas com o intuito de ajudar o paciente a ter percepções e interpretações mais adequadas de dieta, nutrição e relação entre inanição e sintomas físicos. Durante o desenvolvimento do plano nutricional, o paciente deve ser orientado a ter uma dieta que satisfaça as necessidades fisiológicas e biológicas, mas também as necessidades psicológicas, afetivas, sociais e culturais. O nutricionista é o profissional que deve monitorar a ingestão dietética e a composição corporal para assegurar um ganho de peso apropriado (Serra e Santos, 2003).

Normalmente após as intervenções terapêuticas, as taxas de recuperação completa da anorexia nervosa ficam em torno de 50%, a recuperação intermediária em torno de 30%, sendo que ainda há falta de habilidade para manter o peso normal e a taxa de recuperação desfavorável é de 20%. Nesse caso, a doença assume uma forma crônica e não apresenta sinal de remissão, porém grande parte das pacientes mantém alterações físicas, psicológicas ou sociais, sendo que índices de recaída situam-se em torno de 12 a 27% (Wentz *et al.*, 2001; Abreu e Cangelli Filho, 2004).

Conclusão

As adolescentes do sexo feminino são as principais acometidas pelo transtorno alimentar anorexia nervosa, provavelmente pelo fato da adolescência ser uma fase em que o indivíduo está desenvolvendo a sua maturidade. Durante a adolescência, o indivíduo é altamente susceptível à atuação dos fatores externos e das crenças relacionadas principalmente à beleza e à atratividade física, influenciando no modo de pensar e agir. Diante do exposto, pode-se justificar a alta prevalência da sintomatologia anoréxica e da distorção da imagem corporal na população estudada, principalmente nas adolescentes do sexo feminino, visto que hoje os meios de comunicação e a mídia vinculam o magro como o ideal, estigmatizando o “excesso de peso”. Todavia, não é divulgado que a busca obsessiva da magreza pode iniciar o desenvolvimento de transtornos alimentares que apresentam graves consequências, principalmente se ocorrerem na adolescência.

Desta forma, esses achados são relevantes para o estabelecimento de campanhas educativas, principalmente na forma de palestras que forneçam as informações necessárias para a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento da anorexia nervosa.

Referências

- ABREU, C.N.; CANGELLI FILHO, R. Anorexia e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 177-183, 2004.
- ADA-American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J. Am. Diet. Assoc.*, Chicago, v. 101, n. 7, p. 810-819, 2001.
- ALVARENGA, M.; LARINO, M.A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 39-43, 2003.
- ANDRADE, A.; BOSI, M.L.M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 117-125, 2003.
- APA-American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing Inc., 1994.
- APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, supl. 3, p. 28-31, 2000.
- ASSUMPÇÃO, C.L.; CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 24, n. 3, p. 29-33, 2002.
- ASSUNÇÃO, S.S.M. *et al.* Atividade física e transtornos alimentares. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 4-13, 2002.
- BOWMAN, J. *et al.* Disordered eating and unhealthy weight reductions practices among adolescent females. *Prev. Med.*, New York, v. 25, p. 748-756, 1996.
- BRUCH, H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom. Med.*, Baltimore, v. 24, p. 187-194, 1962.
- CARMO FILHO, W.B. Distúrbio do apetite. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 36, n. 11, p. 743-750, 2000.
- CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 24, n. 3, 2002.
- COBELO, A.W. *et al.* A abordagem familiar no tratamento da bulimia e anorexia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 184-187, 2004.
- CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares em discussão. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 178-179, 2001.
- CORDÁS, T.A.; NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *J. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 41-47, 2000.
- CORDÁS, T.A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares – Instrumento de Avaliação: Body Shape Questionnaire. *Psiquiatr. Biol.*, São Paulo, v. 2, p. 17-21, 1994.
- COSTA, J.V.; AZEVEDO, R. Complicações clínicas da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. In: NUNES, M.A.A. *et al.* (Ed.). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1998. p. 181-187.

- DEAS, J. et al. Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *Int. J. Eating Disord.*, New York, v. 11, p. 63-72, 1992.
- DREWNOWSKI, A. et al. Effects of body image on dieting, exercise and anabolic steroid use in adolescent males. *Int. J. Eating Disord.*, New York, v. 17, p. 381-38, 1995.
- DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P.E.M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 49-53, 2002.
- DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Avaliação do estado nutricional e percepção corpórea de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 39, n. 1-2, p. 12-16, 2003.
- FISCHER, M. et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J. Adolesc. Health*, New York, v. 16, p. 420-437, 1995.
- GORGATI, S.B. et al. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 44-48, 2002.
- GRENNFELD, D. et al. Hypokalemia in outpatients with eating disorders. *Am. J. Psychiatry*, Arlington, v. 152, p. 60-63, 1995.
- GRILLO, E.; SILVA, R.J.M. Early manifestations of behavioral disorders in children and adolescents. *J. Pediatr.* Rio de Janeiro, v. 80, supl. 3, p. 21-27, 2004.
- HA, M.T. et al. *Taking a closer look at adolescent girls with anorexia nervosa: how different are they to non-clinical adolescent girls in terms of self-concept and body image?*. Australia: University of Western Sydney, 2003.
- HUON, G.F. Dieting, binge eating and some of their correlates among secondary school girl. *Int. J. Eat. Disord.*, New York, v. 15, p. 159-164, 1994.
- KAUFMAN, A. Transtornos alimentares na adolescência. *Rev. Bras. Med.*, São Paulo, v. 1, 2002.
- KILLEN, J.D. et al. Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. *J. Consult. Clin. Psychol.*, Washington, D.C., v. 64, p. 936-940, 1996.
- LATTERZA, A.R. et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.
- MAHAN, L.K.; STUMP, S.E. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. São Paulo: Editora Roca Ltda., 2002.
- MAHONEY, M.J. Transtornos do comportamento alimentar na adolescência. *Anais Nestlé*, São Paulo, v. 55, p. 18-23, 1998.
- MARTINS, F.C.O.; SASSI JR., E. A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 161-163, 2004.
- MELINA, P.; ARAÚJO, A.M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 73-76, 2002.
- MITCHELL, J.E. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *Psychol. Med.*, London, v. 1, p. 229-255, 1983.
- MUST, A. et al. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. *Am. J. Clin. Nutr.*, Bethesda, v. 54, p. 773, 1991.
- NASSER, M. Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.*, Berlin, v. 29, p. 25-30, 1994.
- NOWARK, M. The weight-conscious adolescent: body image, food intake, and weight-related behavior. *J. Adolesc. Health*, New York, v. 23, p. 389-398, 1998.
- NUNES, M.A.A.; RAMOS, D.C. Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: NUNES, M.A.A. et al. (Ed.). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1998. p. 21-30.
- NUNES, M.A.A. et al. Distúrbio da conduta alimentar: Considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). *Rev. Assoc. Bras. Psiq., Assoc. Psiq. Am. Lat.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-10, 1994.
- NUNES, M.A.A. et al. Tratamento hospitalar dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A.A. et al. (Ed.). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1998. p. 171-180.
- NUNES, M.A.A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-27, 2001.
- OMS-Organização Mundial da Saúde. *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1993.
- PANAGIOTOPOULOS, C.M.C. et al. Electrocardiographic findings in adolescents with eating disorders. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 105, n. 5, p. 1100-1105, 2000.
- PASTORE, D.R. et al. Abnormalities in weight status, eating attitudes and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. *J. Adolesc. Health*, New York, v. 18, p. 312-319, 1996.
- PATTON, G.C. et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *Br. Med. J.*, London, v. 318, n. 7186, p. 765-768, 1999.
- REATO, L.F.N. Imagem corporal na adolescência e meios de comunicação. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 38, n. 8, p. 362-366, 2002.
- SAIKALI, C.J. et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.
- SCIVOLETTO, S.; TAKEI, E.H. Depressão. *Rev. Bras. Med.*, São Paulo, v. 56, n. 12, p. 103-115, 1999.
- SERRA, G.M.A.; SANTOS, E.M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Cienc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.
- SOUZA, F.G.M. et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, São Paulo, v. 29, n. 4,

p. 172-180, 2002.

SOUSA, M.S.F. *et al.* A imagem corporal na anorexia nervosa: considerações sobre os aspectos relacionais no aparecimento do transtorno na adolescência. *Sinopse de Pediatria*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 13-16, 2003.

STARK, C. *All about anorexia nervosa* – a booklet for those wanting to know more about anorexia nervosa. London: The Mental Health Foundation, p. 1-16, 2000.

VAN, T.M.; VOGEL, F. The presence of bulimia in high school females. *Adolescence*, New York, v. 20, p. 45-51, 1985.

VILELA, J.E.M. *et al.* Transtornos alimentares em escolares. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

ZIPFEL, S. *et al.* Osteoporosis in eating disorders: a follow-up study of patients with anorexia and bulimia nervosa. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, Springfield, v. 86, n. 11,

p. 5227-5233, 2001.

WALSH, B.T. Eating disorders. In: KASPER, D.L. *et al.* (Ed.). *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill, 2005. p. 430-433.

WENTZ, E. *et al.* Ten-year Follow-up of Adolescent-onset anorexia Nervosa Psychiatric Disorders and Overall Functioning Scales. *J. Child Psychol. Psychiatry*, London, v. 42, n. 5, p. 613-622, 2001.

WILLIAMS, R.L. Use of the eating attitudes test and eating disorder inventory in adolescents. *J. Adolesc. Health*, New York, v. 8, p. 266-272, 1987.

Received on October 10, 2006.

Accepted on December 22, 2006.