

A anorexia nervosa e fatores associados em adolescentes do sexo feminino, em município do sul do Brasil

Ana Rodrigues Hulsmeyer, Sonia Silva Marcon, Rosângela Getirana Santana, Daniel Kállas.

Universidade Estadual de Maringá – UEM. Brasil.

RESUMEN. Objetivo foi investigar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa e a sua associação com o Índice de Massa Corporal (IMC), e com satisfação e dimensão corporais, em adolescentes do sexo feminino. Trata-se de um estudo de base populacional, do tipo transversal, realizado com 407 adolescentes entre 14 e 19 anos, e incluiu a avaliação do IMC, o Eating Attitude Test, e a Escala de Silhuetas Corporais. A associação entre as variáveis dependente e independente foi realizada por meio da análise univariada, seguida da multivariada com ajuste do modelo logístico. A prevalência dos sintomas de anorexia foi de 15,97%, sendo que as adolescentes insatisfeitas com a sua imagem corporal têm 2,56 (IC 1,11-5,83) mais chances de desenvolver sintomas de anorexia. A maioria delas apresentou-se eutrófica (83,78%), e não foi observada relação entre o IMC e presença de sintoma de anorexia. Os resultados sugerem que a insatisfação corporal está relacionada à presença do sintoma de anorexia, indicando a necessidade de uma atuação multidisciplinar junto à população estudada.

Palavras chave: transtornos alimentares, anorexia nervosa, imagem corporal, nutrição do adolescente, imagem corporal, comportamento alimentar, índice de massa corporal.

SUMMARY. In anorexia nervosa and associated factors in female adolescents city in south of Brazil. The objective was to identify the prevalence of anorexia nervosa symptoms and its associations with body mass index (BMI) and body size satisfaction among female adolescents. It is a cross-sectional population based study of 407 adolescents aged between 14 and 19, including the BMI assessment, the Eating Attitude Test and the Silhouette Scale. The association between the dependent and independent variables was performed by the univariate analyses and followed by a multivariate analysis with adjusted logistic model. The prevalence of symptoms of anorexia nervosa was 15.97%, and the adolescents who are dissatisfied with their body image have 2.56 (IC 1,11-5,83) times increased risk of developing symptoms of anorexia. Most of them are eutrophic (83.78%), and there was no connection between the presence of symptoms of anorexia and the BMI. The results suggest that body dissatisfaction is related to the symptoms of anorexia, which indicates the need of a multidisciplinary performance with the population.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, body image, nutrition of adolescents, eating behavior, body mass index.

INTRODUÇÃO

Apesar dos quadros de transtornos alimentares constituírem uma “epidemia silenciosa”(1), a baixa prevalência conhecida na população, tanto no gênero feminino quanto no masculino, e a tendência ao segredo que envolve essas doenças, agravada por preconceitos, dificultam a realização de estudos populacionais (2).

Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais caracterizados por um padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado por um controle patológico do peso corporal e por distúrbios da percepção do formato corpora (13).

De maneira geral, esses transtornos podem ser divididos em dois grupos: o primeiro, que acomete crian-

ças, é formado pelo transtorno da alimentação na primeira infância, transtorno de ruminação e picamalácea. Já o segundo grupo é mais comum na adolescência e pode ocasionar sérias agressões à saúde do indivíduo, sendo constituído por anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) (4,5). Apenas 10% dos casos de transtornos alimentares ocorrem em homens, e nestes, o início geralmente é mais tardio (18 e 26 anos) (6, 7).

A anorexia nervosa é caracterizada por transtorno psiquiátrico grave, acompanhado de grande e intencional perda de peso, distorção da imagem corporal e distúrbios endócrinos (8,9). É influenciada principalmente por fatores sociais, psicológicos, familiares e genéticos (9,10). Ela ocorre predominantemente em mulheres

jovens, com picos de incidência aos 14 e 17 anos. As taxas de prevalência ao longo da vida oscilam entre 0,3% e 3,7% (11).

Nos Estados Unidos, onde o número de estudos é superior aos realizados no Brasil e a prevalência é de 0,5 a 1% (11), estima-se que 30 a 40% desses pacientes se recuperam completamente, não voltando a apresentar os sintomas; outros 30 a 40% têm uma evolução mediana, oscilando entre períodos de melhora e recidiva e o restante dos pacientes tem um curso grave, com complicações psicológicas e físicas mais sérias. As complicações psicológicas mais prevalentes são: transtorno da ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno da personalidade (12,13).

As adolescentes com anorexia têm um medo incontornável de ganhar peso, resultando em um comportamento alimentar inadequado com restrição severa de alimentos, principalmente fontes de carboidrato e gordura. Isto leva a um quadro de desnutrição crônica e disfunção hipotalâmica, com complicações clínicas decorrentes principalmente do estado nutricional, que consiste em alterações em vários sistemas, como: o gastrointestinal, com obstipação, pancreatite, alteração das enzimas hepáticas; cardiovascular com insuficiência cardíaca, parada cardíaca, miocardiopatias; hematológico com anemia, leucopenia, trombocitopenia; metabólico com hipocalcemia, hiponatremia, hipoglicemia, desidratação; e endocrinológico. E outras complicações clínicas como hipotermia, convulsões, insuficiência renal crônica, diabetes melito tipo 1, e osteoporose (2,13).

Além disso, em razão das complicações físicas da doença como inanição, morte súbita de causa cardíaca e suicídio, os índices de mortalidade podem chegar a 20% (11).

Devido ao baixo aporte calórico e ao consumo comprometido de vitaminas e minerais, a grande maioria das complicações da saúde destas adolescentes advém de seu estado nutricional (14). Por esta razão, os nutricionistas possuem um papel importante na recuperação destas adolescentes (14).

Por ser um transtorno de origem multifatorial, a AN necessita de avaliações e abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua gênese e manutenção, sendo necessária a aplicação de instrumentos que avaliam as comorbidades, a imagem corporal, a qualidade de vida e a adequação social, além daqueles utilizados para o rastreamento ou diagnóstico do trans-

torno (17). Alguns instrumentos utilizados para mensurar aspectos psicopatológicos gerais e específicos dos transtornos alimentares foram desenvolvidos a partir do estabelecimento e aprimoramento dos critérios diagnósticos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM); entre eles o Eating Attitudes Test- EAT, utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de anorexia nervosa, cujos resultados podem apontar a presença de padrões alimentares anormais, mas não diagnosticam o transtorno (15).

Alguns grupos possuem maior risco de desenvolver esses transtornos, dentre eles os das modelos, atrizes, atletas e nutricionistas, pois lidam com a importância da forma corporal e padrões de beleza (8).

O diagnóstico dos fatores de risco que levam a população jovem a adquirir anorexia nervosa pode auxiliar no desenho epidemiológico desses transtornos alimentares, dando maior visibilidade ao problema. Na literatura especializada são encontradas, quase que exclusivamente, pesquisas realizadas com população-alvo estratificada, composta por estudantes, principalmente universitários, diferentemente do presente estudo que é de base populacional. O objetivo foi determinar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa e a associação desse sintoma com Índice de Massa Corporal (IMC), satisfação e dimensão corporais em adolescentes do sexo feminino, residentes na área urbana do Município de Umuarama –PR.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado na região Noroeste do Paraná – Brasil.

Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2008, no domicílio de adolescentes do sexo feminino, com idade entre 14 a 19 anos (19,38% da população total) (16), residentes na zona urbana do município, por meio de entrevistas semi-estruturadas. Na composição da amostra, utilizaram-se os critérios adotados pelo Observatório das Metrópoles de Maringá, que têm por objetivo avaliar territorialmente a distribuição da população em função das categorias sócio-ocupacionais – CAT's. Estas, por sua vez, tiveram como base o conjunto de informações do Censo Demográfico 16 sobre a população economicamente ativa, de acordo com as variáveis: ocupação, posição na ocupação, setor de atividade, renda e grau de instrução. A

partir desta categorização, os moradores são agrupados por unidades espaciais denominadas Áreas de Expansão Demográficas (AED's), sendo que a cidade de Umuarama foi dividida em seis AED's (cinco AED's na área urbana e uma AED na área rural).

Na definição do tamanho amostral utilizou-se prevalência de 20% (8), considerando-se o número de adolescentes residentes no município (16). O erro de estimativa adotado foi de 5% e confiabilidade e precisão da amostra de 95%, acrescido de 20% para possíveis perdas, resultando em 446 adolescentes a serem entrevistadas. A amostra final foi constituída de 407 adolescentes, visto que 39 adolescentes foram excluídas por não completarem todo o questionário (perda de 8,74%).

Na seleção das adolescentes a serem incluídas no estudo foi utilizada a técnica de amostragem aleatória simples. Ou seja, com os mapas das cinco AED's urbanas, sortearam-se aleatoriamente as ruas e as primeiras residências a serem abordadas. A partir daí, a cada 10 unidades domiciliares, sempre à esquerda, uma era abordada. No caso de não haver adolescentes do sexo feminino residindo na casa, ou da não autorização dos pais ou responsável, passava-se para a unidade domiciliar seguinte, podendo ter até duas substituições. Em cada domicílio só foi entrevistada uma adolescente, e quando havia mais de uma adolescente que atendesse aos critérios de inclusão, apenas uma era selecionada por sorteio simples.

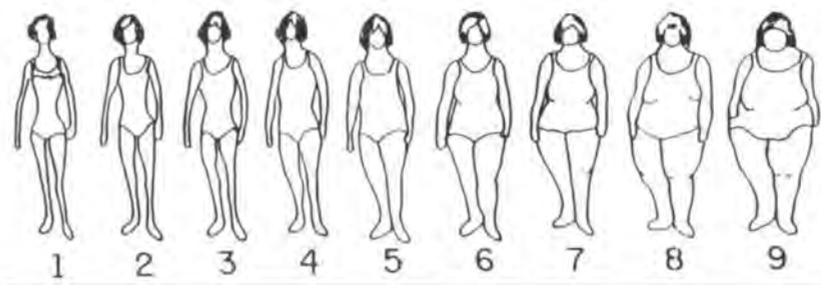
A variável dependente estudada foi a sintomatologia anoréxica, sendo divididas as adolescentes em dois grupos: com e sem sintoma de anorexia, determinado pelo Teste de Atitudes Alimentares (EAT 26 – Eating Attitude Test). Este instrumento contém 26 questões sobre comportamento alimentar e imagem corporal, e seis possibilidades de resposta: 1. Nunca; 2. Raramente; 3. Às vezes; 4. Frequentemente; 5. Muito frequentemente e 6. Sempre. A sintomatologia relacionada à anorexia nervosa foi determinada quando a soma dos pontos obtidos por cada indivíduo foi igual ou superior a 20 (17-19).

As variáveis independentes consideradas foram: o IMC (Índice de Massa Corporal), a insatisfação e a dimensão corporal. O IMC foi obtido a partir da razão entre peso (Kg) e estatura (m) (2) auto-referidos (11). O estado nutricional das adolescentes foi classificado

de acordo com os critérios de Must et al (20), segundo idade e sexo dos indivíduos. De acordo com os pontos de corte propostos considera-se de baixo peso os adolescentes cujos valores são inferiores ao percentil 5, eutróficos quando os valores estão entre os percentis 5 e 85, sobrepesados quando entre os percentis 85 e 95, e obesos acima do percentil 95 (21).

Para avaliar a satisfação com a imagem corporal e a noção da dimensão corporal foi utilizada a escala de Silhuetas Corporais (figura 1) (22).

FIGURA 1
Escala de Silhuetas Corporais (22).



Fonte: (23).

A dimensão corporal foi avaliada a partir da comparação entre o IMC e a auto-classificação na escala de silhuetas. As adolescentes foram classificadas em: conhece a dimensão corporal, quando a escolha da silhueta equivale ao IMC encontrado; superestima a dimensão corporal, quando a escolha da silhueta é maior do que IMC encontrado; e subestima a dimensão corporal, quando a escolha da silhueta é menor do que IMC encontrado. Para fins de análise, a dimensão corporal foi dicotomizada em superestima e não superestima a imagem corporal, sendo esta última resultante da união das que conhecem e das que subestimam a dimensão corporal (24).

A insatisfação corporal, por sua vez, foi identificada a partir da discrepância entre o número da figura escolhida como a atual e o número da figura escolhida como ideal (isto é, figura eu X figura ideal). Quanto mais próximo de zero for essa diferença, menor a insatisfação e quanto mais distante, maior a insatisfação, representada pelo desejo da entrevistada em possuir um corpo menor do que o atual. Não existe um ponto de corte que indique categorias de insatisfação, como “insatisfação leve, moderada ou grave” (24), portanto esta variável foi classificada apenas em satisfeita e insatisfeita

com a imagem corporal.

Os dados foram inseridos em planilha do Excel 2003 for Windows e a análise e consistência dos dados foi feita com o auxílio do programa EpiInfo, versão 6.0 e SAS. A análise estatística descritiva envolveu distribuição de freqüências e razão de chance, utilizando-se o teste do qui-quadrado e/ou de Fisher para a verificação da associação entre as variáveis. Foi realizada análise univariada entre a variável dependente (sintoma de anorexia) e as variáveis independentes (IMC, insatisfação e dimensão corporal), obtendo-se as razões de chances e seus respectivos intervalos de confiança (95%).

O desenvolvimento do estudo obedeceu aos preceitos éticos disciplinados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paranaense (Parecer no 14075/2008). Todas as adolescentes e seus responsáveis (quando menor de idade) assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

RESULTADOS

Na população estudada, constituída por 407 adolescentes do sexo feminino, observou-se maior concentração de indivíduos com 15 e 16 anos (45,70%). Quanto ao estado nutricional, segundo o IMC, a maioria das adolescentes era eutrófica (83,8%), sendo que a prevalência de sobrepeso e obesidade foi respectivamente de 10,1% e 4,4% e de sintoma de anorexia de 16,0%. Apesar de grande parte das adolescentes estar insatisfeita com sua imagem corporal (77,9%), a maioria não superestima sua dimensão corporal (81,3 %) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta as Razões de Chance bruta e ajustada, de acordo com a associação das variáveis dependentes e independentes. Na regressão logística observou-se que as variáveis IMC e Dimensão corporal não estão associadas à presença de sintomas de anorexia nervosa, embora adolescentes com baixo peso apresentem maior chance em desenvolver estes sintomas do que adolescentes com outros estados nutricionais.

Observou-se que a insatisfação com imagem corporal constitui fator de risco para presença de sintomas de anorexia, uma vez que quem não está satisfeito com a sua imagem corporal tem 2,56 mais chance de desenvolver estes sintomas do que quem está satisfeito com a imagem corporal (Tabela 2).

TABELA 1
Características gerais da amostra, Noroeste/PR, 2008.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
14	51	12,5
15	104	25,5
16	82	20,1
17	59	14,5
18	60	14,7
19	51	12,5
IMC (Kg/m²)		
Baixo Peso	18	1,7
Sobrepeso	41	10,1
Obesidade	7	4,4
Eutrófica	341	83,8
Sintomas de anorexia		
Sim	65	16
Não	342	84
Satisfação com imagem corporal		
Sim	90	22,1
Não	317	77,9
Dimensão Corporal		
Superestima	76	18,7
Não superestima	331	81,3

IMC: Índice de massa corporal

DISCUSSÃO

O índice de transtornos alimentares vem aumentando no mundo todo, tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento como o Brasil, onde, apesar da carência de dados estatísticos, a experiência clínica sugere que a prevalência destes transtornos também é significativa (5,25).

Devido aos elevados graus de morbimortalidade, os transtornos alimentares chamam cada vez mais a atenção dos profissionais da saúde para a necessidade de estudos referentes ao tema, utilizando-se principalmente de questionários que, embora não permitam o diagnóstico do transtorno, possibilitam mostrar a prevalência de sintomas para o desenvolvimento dos mesmos, favorecendo a prevenção da doença (26,27).

Apesar do presente estudo se diferir metodologicamente da maioria dos estudos nacionais, os quais têm sido realizados com estudantes de instituições públicas e privadas, observa-se que a prevalência do sintoma de anorexia nervosa (16,0%) encontrada é semelhante aos

TABELA 2
Análise razão de chance e intervalo de confiança para sintomas de anorexia nervosa de adolescentes de 14 a 19 anos de idade, Noroeste-PR, 2008.

Classificação IMC	Com Sintoma de Anorexia		Sem Sintoma de Anorexia		Razão de Chance Bruta	IC 95%	Razão de Chance ajustada	IC 95%
	n	%	n	%				
Variáveis								
Obeso	3	0,7	15	3,7	1,9	0,24-4,19	0,9	0,25-3,64
Sobrepeso	7	1,7	34	8,35	1,12	0,43-2,81	0,83	0,35-2,09
Baixo Peso	2	0,5	5	1,2	2,17	0,28-13,09	2,24	0,41-12,08
Eutrófico	53	13	288	70,8	1	-	1	-
Satisfação com a Imagem Corporal								
Não	58	14	259	64	2,66	1,11-6,63	2,56	1,11-5,83
Sim	7	1,7	83	20,3	1	-	1	-
Dimensão Corporal								
Superestima	17	4,2	59	14,5	1,7	0,87-3,29	1,62	0,85-3,07
Não superestima	48	11,8	283	69,5	1	-	1	-

IC = Intervalo de confiança

índices encontrados em outros estudos realizados em São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina.

No estudo realizado com 279 estudantes do sexo feminino, com idade entre 15 e 18 anos, no município de São Paulo, constatou-se que 21,1% da população possuíam sintoma de anorexia nervosa¹⁸. Em Minas Gerais, também utilizando o EAT, identificou-se que 13,33% dos estudantes com idade entre 7 e 19 anos apresentaram prevalência de sintomas de anorexia; dentre eles a prevalência foi maior nas meninas (8,02%) com idade entre 14 a 16 anos, o que condiz com outros trabalhos que relatam maior incidência entre adolescentes do sexo feminino (19).

Estudos realizados com universitários constataram prevalência maior de sintoma de AN do que em estudantes do ensino médio. Em Taubaté – SP, por exemplo, 24,4% dos universitários dos cursos de Educação Física e Nutrição apresentavam sintomas de anorexia, também com prevalência maior no sexo feminino (7) e em Maringá–PR, 23,61% das universitárias dos cursos da área da saúde de uma instituição privada (n = 216) apresentaram padrões alimentares anormais, indicando presença de fatores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa (28). Em outro estudo, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina com universitárias do curso de nutrição e demais cursos da área da saúde (221 mulheres), com faixa etária de

19 a 25 anos, constatou-se que 22,17% apresentaram fator de risco para desenvolvimento de distúrbio alimentar, sendo que as alunas do curso de nutrição apresentaram um percentual maior (25,43%).

Para uma melhor avaliação da anorexia nervosa se faz necessário investigar também a relação dos adolescentes com sua própria imagem corporal, visto que durante a adolescência, que é um período crítico de formação da identidade, caracterizado por mudanças psicológicas, emocionais, somáticas e cognitivas e pelo aumento da preocupação com a aparência física, o risco de insatisfação corporal é ainda maior. Isto perturba a auto-imagem e a auto-estima, podendo predispor a transtornos psicológicos (15). O distúrbio da imagem corporal, frequentemente, está presente em pacientes com anorexia nervosa e se manifesta por um intenso medo de ganhar peso e supervalorização da forma corporal como um todo ou em algumas de suas partes (3, 13, 29).

Além disso, nos adolescentes com sintomas ou diagnóstico de anorexia nervosa, os índices de insatisfação com a imagem corporal são maiores (8,25%) (29). Algumas pesquisas verificaram a influência de fatores externos como mídia, modernização e grupo em que convivem, no comportamento alimentar inadequado de adolescentes (1). Esta população tende a supervalorizar a forma física, o que os leva a uma insatisfação com a

imagem corporal e restrição alimentar, tendo como consequência a perda de peso exagerada (1).

Dessa forma, os resultados encontrados são preocupantes, pois a maioria das adolescentes em estudo (78,0%) não estão satisfeitas com sua imagem corporal. Estes índices são muito superiores aos encontrados no estudo de Minas Gerais, onde 59% dos alunos de ambos os sexos estavam insatisfeitos com sua imagem corporal²³, ou de Florianópolis (SC), com adolescentes do sexo feminino, que encontrou 18,8% das adolescentes insatisfeitas com sua imagem corporal (13,7).

É interessante observar que no presente estudo, a porcentagem de adolescentes que não superestimam a dimensão corporal é maior (81,3%) do que as que superestimam (18,7%), e a porcentagem também é maior das que não possuem sintoma de anorexia (69,5%) do que as que possuem o sintoma (11,8%). Esse resultado contradiz os resultados encontrados na maioria dos estudos, e isto pode estar relacionado ao método empregado para sua avaliação, visto que a Escala de Silhuetas no Brasil foi validada para uso em universitários, e no presente estudo trabalhou-se com a população de adolescentes do município. Este, portanto, pode ter sido um fator limitante da pesquisa, sendo necessários novos estudos com outros métodos para melhor elucidação dos resultados.

Vários são os estudos que relacionam a imagem corporal com o estado nutricional em estudantes, e dentre eles a pesquisa realizada em uma escola particular de Santo André (SP) com estudantes do gênero masculino e feminino. Na ocasião, foi verificado que o estado nutricional, maturação sexual e o sexo interferem na satisfação da imagem corporal e que esta sofre influência negativa da mídia, parentes e amigos (30).

Estudantes de escolas públicas e privadas com idade entre 10 e 19 anos, em Santa Catarina, foram avaliados quanto à satisfação corporal e sintoma de anorexia nervosa e observou-se que o sintoma estava relacionado ao sobrepeso e obesidade nessas adolescentes (OR = 2,075; $p < 0,001$) (13,14).

A maior parte dos estudos na área relaciona sobrepeso e obesidade à presença do sintoma de AN, visto que a insatisfação com a imagem corporal pode desencadear possível restrição alimentar. No entanto, no presente estudo esta associação não foi identificada, embora as adolescentes com baixo peso tenham apresentado maior chance de desenvolver estes sintomas

quando comparadas com adolescentes de outros estados nutricionais.

Os resultados encontrados sugerem que a insatisfação com imagem corporal constitui fator de risco para presença de sintomas de anorexia. Eles chamam a atenção para a necessidade de preparo dos profissionais nutricionistas, juntamente com profissionais da área da educação e da saúde para que estes desenvolvam ações voltadas para prevenção de anorexia nas escolas, não só com adolescentes, mas também com crianças menores de 14 anos. A inserção do nutricionista é de grande importância no ensino médio e fundamental ministrando disciplina e/ou cursos sobre nutrição e alimentação, além de temas relacionados aos transtornos da alimentação.

Também há necessidade de implementação de programas de prevenção e tratamento dos transtornos alimentares tanto no setor público quanto privado, principalmente entre adolescentes, já que esta faixa etária constitui risco para o desenvolvimento destes transtornos.

CONCLUSÕES

A partir dos resultados apresentados, conclui-se que a prevalência de sintoma de AN e de insatisfação com imagem corporal é elevado na população de adolescentes, uma vez que quem não está satisfeito com a sua imagem corporal tem 2,56 mais chance de desenvolver estes sintomas do que quem está satisfeito com a imagem corporal

O quadro apresentado demonstra que o município de Umuarama é carente de ações junto à população que abordem temas relacionados à Anorexia Nervosa, principalmente com adolescentes. Em um primeiro momento, fazem-se necessárias ações mais gerais, de caráter informativo, sobre os transtornos alimentares e sua prevenção, estimulando os adolescentes com sintomas e seus familiares a procurarem ajuda profissional para o diagnóstico e tratamento da doença.

Sendo a anorexia nervosa um transtorno de origem multifatorial, em um segundo momento, são necessárias novas pesquisas junto aos adolescentes, de ambos os sexos, que considerem outras dimensões, como fatores psicológicos, sócio-culturais e genéticos, na avaliação da propensão ao desenvolvimento desta doença, e assim realizar um trabalho mais específico com essa população.

A união de esforços de diferentes setores pode favorecer em muito esta empreitada. A presença de um curso de nutrição e outros da área da saúde no município e a utilização de recursos humanos oriundos dos mesmos pode favorecer a disseminação de orientações e informações sobre o tema de diversas maneiras, tais como: comunicação, projetos de extensão e pesquisas na área.

REFERÊNCIAS

1. Andrade A, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev Nutr* 2003; 16 (91): 117-125.
2. Lenoir M, Silber TJ. Anorexia nervosa em ninhos y adolescentes (Parte 2). *Arch Argent Pediatr* 2006; 104 (4): 338-344.
3. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro B M & Cordas TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clin.* 2004; 31 (4): 164-166.
4. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos Alimentares. *Rev Bras de Psiquiatr* 2000; 22(2): 28-31.
5. Morgan CM, Claudino AM. Epidemiologia e Etiologia. In: Zanella MT, Laudino AM. *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade*. Barueri, SP: Manole; 15-24, 2005.
6. Moreira LA, Oliveira IR. Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. *Bras Psiquiatr* 2008; 57(3):161-165.
7. Gonçalves TD, Barbosa MP, Rosa LCL, Rodrigues AM. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57 (3): 166-170.
8. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutrição* 2001;14: 3-6.
9. Cordas TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiq Clin* 2004; 31 (4): 154-157.
10. Bulik CM, Landt MCTS, Furth EFV, Sullivan PF. The genetics of anorexia nervosa. *Annu Rev Nutr* 2007; 27:263-275.
11. Pinheiro AP, Sullivan PF, Bacaltchuck J, Prado-Lima PAS, Bulik CM. Genetics in eating disorders: extending the boundaries of research. *Brás Psiquiatr* 2006; 28 (3): 218-224.
12. Hay PJ. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2002; 24 (3): 13-7.
13. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (3): 503-512.
14. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified (EDNOS) *J Am Diet Assoc* 2001, 101 (7), 810-19.
15. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras de Psiquiatr* 2002; 24 (3).
16. IBGE. Censo demográfico 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31o/tabela13_1.shtm&paginaatual=1&uf=41&letra=U. Acessado em: 03/05/2007.
17. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273.
18. Dunker KLL, Philippi ST, Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr* 2003 ; 16(1): 51-60.
19. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr* 2004, 80 (1): 49-54.
20. Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. *N Engl J Med* 1992; 327: 1350-1355.
21. WHO - World Health Organization. Phisysical status: the use and interpretation of antropometry: report of a WHO expert commitee. *Technical Report Series* 1995, 854
22. Bulik CM, Wade TD, Heath AC, Martin NG, Stunkard AJ, Eaves LJ. Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. *Int J Obes Rel Met Disord* 2001; 25: 1517-1524.
23. Stunkard A, Sorensen T, Schlusinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety S, Rowland RP, Sidman RL, Matthysse SW (Eds.). *The genetics of neurological and psychiatric disorders* 1983: 115-120.
24. Scagliusia FB, Alvarenga M, Polacow VO, Cordás TA, Queiroz GKO, Coelho D, Philippi ST, Lancha-Jr AH. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite* 2006; 82: 47-77.
25. Moya T, Fleitlich-Bilyk B. Lista de espera para tratamento de transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 5: 259-260.
26. Pinzon V, Nogueira FC. Epidemiologia: curso e evolução dos transtornos. *Rev Psiquiatr Clin* 2006; 31(4):158-60.
27. Vitolo MR, Bortolini GA, Horta RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Rev Psiquiatria* 2006; 28 (1): 6-20.

28. Fernandes CAM, Rodrigues APC, Tais V, Marcon SS. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo em universitárias de uma instituição de ensino particular. *Arq Ciênc Saúde Unipar* 2007; 11: 33-38.
29. Bergström E, Stenlund H, Svedjeha B. Assessment of body perception among swedish adolescentts and Young adults. *J. Adolesc Health* 2000; 5: 26 -70.
30. Conti MA. Imagem corporal e estado nutricional de estudantes de uma escola particular 2002; [Dissertação Mestrado] Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública/USP.

Recibido: 04-05-2011

Aceptado: 20-09-2011