

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**



ANA CATARINA TORRES DE LACERDA

**REPERCUSSÕES DE UMA AÇÃO EDUCATIVA NA
PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES
EM MENINAS ADOLESCENTES**

**Recife
2014**

ANA CATARINA TORRES DE LACERDA

**REPERCUSSÕES DE UMA AÇÃO EDUCATIVA NA
PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES
EM MENINAS ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Colegiado da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Dra. Luciane Soares de Lima

**Recife
2014**

Ficha catalográfica elaborada
Bibliotecária: Mônica Uchôa - CRB4-1010

L131r Lacerda, Ana Catarina Torres de.
Repercussões de uma ação educativa na prevenção de transtornos alimentares em meninas adolescentes / Ana Catarina Torres de Lacerda. – Recife: O autor, 2014.
153 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Luciane Soares de Lima.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Transtornos alimentares. 2. Adolescentes. 3. Educação em Saúde. 4. Promoção da saúde. I. Lima, Luciane Soares de (Orientadora). II. Título.

618.92

CDD (23. ed.)

UFPE (CCS2014-221)

ANA CATARINA TORRES DE LACERDA

**REPERCUSSÕES DE UMA AÇÃO EDUCATIVA NA PREVENÇÃO
DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MENINAS
ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Colegiado da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 28/08/14

Banca examinadora:

Profª. Dra. Luciane Soares de Lima (Orientadora) (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

Profª. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro (Examinado interno)
Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

Profª. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

Prof. Dr. Carlos Alberto Domingues do Nascimento (Examinador externo)
Universidade de Pernambuco-UPE

Profa. Dra. Jael Maria de Aquino (Examinador externo)
Universidade de Pernambuco-UPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Cordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Luis Henrique Sarmento Tenório - Representante discente - Doutorado)

(Juliene Gomes Brasileiro - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliene Gomes Brasileiro

Janaína Lima da Paz

Dedico este trabalho aos meus queridos pais **Aparecida** e **Alberto** por sempre estarem ao meu lado, incentivando-me e dedicando-me sempre muito amor.

Agradecimentos

A minha orientadora **Luciane** pela paciência, dedicação ao ensino e estímulo, obrigada por estar ao meu lado.

Aos meus familiares: **Albertinho, Jandira, Aline, Adriano, Rosângela, Sabrina e Lili**, obrigada pelos incentivos constantes.

As minhas amigas: **Suzana, Jackeline, Aloisia, Patricia, Marly e Sheyla** pelos incentivos e momentos de alegria.

As adolescentes que participaram desse estudo em especial as 15 meninas lindas com quem convivi por mais tempo, vocês arrasaram. As quais desejo que continuem problematizando para a construção de uma sociedade mais consciente e crítica.

A professora **Marilia Lima** pela paciência, gentileza e disponibilidade nos últimos meses do doutorado.

A pós-graduação, em especial a todos os **professores** e aos que compõem a secretária **Paulo, Juliene e Jananina**.

Aos meus queridos colegas de doutorado: **Gabi, Erika, Paulinho, Adolfo, Miriam, Cris, Cecilia, Wanderléya e Elizangela**.

As minhas colegas de **Departamento de Enfermagem da UFPE**, em especial da área de saúde materno infantil.

As professoras **Edjane e Conceição** que contribuíram de maneira direta na viabilização dessa tese.

As professoras **Francisca Márcia Linhares e Rosemary Amorim** pelas valiosas contribuições durante a qualificação do projeto.

A professora **Ana Márcia Cavalcanti**, por sua importante participação na construção desta tese desde o pré-projeto, passando pela banca de qualificação e pré-banca.

A professora **Estela Meireles** pela participação na pré-banca e por sua competência e amizade.

Aos professores **Jael de Aquino** e **Carlos Domingues** pelas palavras de incentivo e valorosas contribuições na banca.

A Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior-**CAPES**, no edital Pró-ensino, pelo apoio financeiro oferecido, indispensável para a realização deste estudo.

E a todos aqueles que acreditaram na relevância deste estudo para o aperfeiçoamento e qualidade deste.

Muito obrigada.

“Não há beleza que substitua o charme de
carregar com classe as suas imperfeições”

Cris Guerra

RESUMO

Introdução – Os transtornos alimentares têm seu diagnóstico baseado em características psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Caracterizam-se por severas perturbações no comportamento alimentar e imagem corporal e afetam principalmente jovens do sexo feminino. Seus critérios diagnósticos são estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, no Código Internacional de Doenças (CID-10), e pela Associação de Psiquiatria Americana, no Manual de Estatísticas de Doenças Mentais (DSM-V). Os quadros mais conhecidos são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). **Objetivo** - Averiguar mudanças na percepção corporal e comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino após implementação de uma ação educativa no cenário escolar. **Métodos** – Este estudo foi desenvolvido com adolescentes do sexo feminino no período de setembro de 2012 a novembro de 2013 em uma escola de Referência de Ensino Médio na cidade de Recife-PE e possui estrutura metodológica mista com a combinação dos enfoques quantitativo e qualitativo. O estudo quantitativo foi do tipo quase experimental e contou com a participação de 102 adolescentes na sua primeira parte que identificou adolescentes com insatisfação corporal e comportamento alimentar de risco por meio da aplicação de testes com esta finalidade como: EAT-26, BSQ-34, e escalas de silhuetas. Após uma ação educativa reaplicação dos testes contando com a participação de 95 adolescentes. Os dados foram analisados com o auxílio do programa SPSS e adotando-o o nível de significância de 5% ($p<0,05$). O estudo qualitativo foi uma ação educativa com a formação de um grupo operativo com quinze meninas com risco para transtornos alimentares selecionadas pelo estudo quantitativo. A metodologia de condução nas discussões do grupo foi a da problematização fundamentada pelo método de Arco de Maguerez, as temáticas discutidas adviriam de situações problemas, filmes e textos para o público adolescentes. Onze encontros foram realizados voltados para a promoção de uma alimentação saudável, melhoria da autoestima e informações sobre exercícios físicos na adolescência. Os encontros foram gravados, transcritos e submetidos à análise de conteúdo, na modalidade temática. **Resultados** – as adolescentes apresentaram baixa renda, pais com baixa escolaridade, que viviam juntos. Estas possuíam como padrão de beleza feminina o corpo magro, tendo como referência atrizes e modelos. Muitas se mostraram insatisfeitas com sua imagem corporal desejando uma silhueta mais magra, mesmo

encontrando-se com IMC adequado, algumas apresentaram comportamento alimentar alterado e um percentual considerável gostaria de se submeter a cirurgias plásticas. Na ação educativa três categorias temáticas emergiram dos encontros: posso me alimentar melhor; exercício físico na medida e auto percepção corporal. Após a ação educativa nos retestes as adolescentes apresentaram mudanças estatisticamente significativas nos escores dos testes de satisfação corporal e comportamento alimentar. **Conclusão** – a implementação de uma ação educativa através da metodologia da problematização teve efeito positivo na medida em que contribuiu para melhoria da autoestima, satisfação corporal e comportamento alimentar alterado.

Descritores: Transtornos alimentares; Adolescentes, Educação em Saúde, Promoção da saúde.

ABSTRACT

Introduction – The eating disorders are diagnosed based on psychological, behavioral and physiologic characteristics. They are characterized by severe disturbances on the eating behavior and the image of the body and they affect mainly the female young people. Their diagnosis criteria are established by the World Health Organization, on the International Classification of Diseases (ICD-10), and the American Psychiatric Association, on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Nervous anorexia (NA) and nervous bulimia (NB) are the most known conditions.

Objective – Investigate changes on the perception of the body and eating behavior on female adolescents after the implementation of an educative action on the school picture. **Methods** – This study was developed with female adolescents between September, 2012 and November, 2013, at a Reference High School in the city of Recife-PE that has the mixed methodological structure, combining the qualitative and quantitative approach. The quantitative study was the experimental kind and counted on the participation of 102 adolescents on the first part, that identified the adolescents with dissatisfactions about the body and risky eating behavior through teste with this uses likes: EAT-26, BSQ034, and silhouette scales. And after an educative re-application of the tests with the participation of 95 adolescents. The data were analyzed with the help of the SPSS program and the adopted significant level of 5% ($p<0,05$). The qualitative study was an educative action with the creation of an operative focus group with fifteen girls at risk for eating disorders selected on the quantitative study. The methodology of conduction on the group discussion was the problematizing grounded on the Maguerez Arch, the discussed themes came from problem-situations, movies and texts for the adolescent audience. Eleven encounters were set towards the promotion of a healthy alimentation, self-esteem improvement and information about physical exercises during the adolescence. The encounters were recorded, transcribed and sent to content analysis, on the thematic modality. **Results** – The adolescents presented low income, parents with low education who lived together. They had the thin standard of female beauty, actresses and models in its majority. Many showed dissatisfaction about the body image, wishing to have a thinner silhouette, even with the adequate BMI, some presented a distorted eating behavior and a considerable percentage would like to take plastic surgeries interventions. On the educative action, three thematic categories came up from the encounters: I can feed myself better; balanced physical exercise and I do

not see myself the way others do. After the educative action, on the re-testing, the adolescents showed statistically meaningful changes on the scores of the tests of body satisfaction and distorted eating behavior. **Conclusion –** It has been concluded that the implementation of an educative action through the methodology of problematizing had a positive effect as much as it contributed to improve the self-esteem, body satisfaction and distorted eating behavior.

Key words: Eating disorders; Adolescents; Health Education, Health Promotion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma com etapas do estudo. Recife, 2012-2013. 44

Figura 2- Representação gráfica do método do arco, com etapas correspondentes da ação educativa sobre a prevenção dos transtornos alimentares. 55

Artigo original 1

Quadro 1- Descrição da ação educativa. Recife, 2013. 75

Artigo original 2

Quadro 1- Descrição da ação educativa. Recife, 2013. 96

LISTA DE TABELAS

Artigo original 1

Tabela 1- Características das adolescentes estudantes de uma escola pública de Recife-PE, outubro, 2012.	80
Tabela 2- Autoimagem, IMC, padrão de beleza e desejo por cirurgia plástica das adolescentes estudantes de uma escola pública de Recife-PE, outubro, 2012.	81
Tabela 3- EAT-26 e BSQ-34 antes e após ação educativa das adolescentes estudantes de uma escola pública de Recife-PE, outubro, 2012.	81

SUMÁRIO

1 Apresentação	17
2 Objetivos	21
2.1 Geral	22
2.2 Específicos	22
3 Revisão de literatura	23
4 Caminho metodológico	41
4.1 Procedimentos que antecederam a coleta de dados	42
4.2 Cenário de estudo	42
4.3 Aspectos éticos	43
4.4 Tipo de estudo	43
4.5 Etapa quantitativa	44
4.5.1 Tipo de estudo	44
4.5.2 Plano amostral e sujeitos de estudo	45
4.5.3 Critérios de inclusão e exclusão	45
4.5.4 Operacionalização e instrumentos de coleta de dados	45
4.5.5 Procedimentos de coleta de dados 1^a e 3^a etapa	45
4.5.6 Questionário para caracterização das adolescentes	46
4.5.7 Testes de imagem corporal	47
4.5.8 Questionário sobre imagem corporal	47
4.5.9 Figura da silhueta corpórea	48
4.5.10 Teste para avaliação do comportamento alimentar	49
4.5.11 Teste de atitudes alimentares (EAT-26)	49
4.5.12 Avaliação antropométrica	50
4.5.13 Peso e altura	50
4.5.14 Análise estatística	50
4.5.15 Limitações do estudo	51
4.6 Etapa qualitativa	51
4.6.1 Tipo de estudo	51
4.6.2 Plano amostral e sujeitos de estudo	52

<i>4.6.3 Desenvolvimento da ação educativa</i>	52
<i>4.6.4 Trajetória da aplicação do método do arco</i>	53
<i>4.6.5 Formação do grupo operativo</i>	56
<i>4.6.6 Análise dos discursos</i>	66
5 Artigos originais	67
6 Conclusão	110
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICES	122
APÊNDICE A- Carta de anuência	123
APÊNDICE B- Carta aos pais solicitando a participação no estudo	124
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
APÊNDICE D- Questionário geral	127
APÊNDICE E- Avaliação antropométrica	131
ANEXOS	132
ANEXO A- Author guidelines- European Eating Disorders Review	133
ANEXO B- Normas publicação Revista da Escola de Enfermagem da USP	141
ANEXO C- Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa	149
ANEXO D- Questionário sobre a imagem corporal (BSQ-34)	150
ANEXO E- Figura de silhueta corpórea (BFS)	152
ANEXO F- Testes de atitudes alimentares (EAT-26)	153



“A maja Nua” de Fernando Goya

1 Apresentação

Em diferentes épocas e culturas o ser humano chamou a atenção de estudiosos pela vaidade. Recentemente, arqueólogos descobriram vestígios de perfumaria e salões de beleza egípcios que datam aproximadamente do ano de 4.000 A.C, bem como a existência de cosméticos, atribuídos a 6.000 A.C. Por outro lado, historiadores afirmam que durante o século XVIII as mulheres nobres europeias comiam biscoitos de arsênico a fim de tornar a pele mais branca, pois tal substância inibia os glóbulos vermelhos do sangue, fazendo com elas desenvolvessem uma pigmentação bastante apreciada entre as camadas aristocráticas da época. A representação estética ocidental do corpo feminino também constituiu objeto de interesse de artistas e de escultores. Formas, signos e representações variam de acordo com os padrões estéticos socialmente aceitos em diferentes culturas (FONSECA, 2013).

A importância dada à imagem e à aparência é notória nos dias atuais. Cada vez mais um modelo de beleza vem ganhando força a despeito das reais necessidades e possibilidades da população. O ideal de um corpo magro ou bem delineado nem sempre é alcançado, proporcionando desconforto à pessoa que o busca. Em contrapartida, o sobrepeso vem crescendo de forma alarmante, apresentando-se como um problema de saúde pública no Brasil, inclusive entre crianças e adolescentes. Podendo levar aos transtornos alimentares que são definidos como distúrbios psiquiátricos caracterizados por alterações do padrão alimentar e por distorções relacionadas com os alimentos e com o peso corporal, resultando em efeitos adversos sobre o estado nutricional. São doenças que afetam adolescentes e jovens adultos, de ambos os sexos, ocasionando prejuízos psicológicos, biológicos, sociais e o aumento da morbimortalidade (PEREIRA-JÚNIOR; CAMPOS-JÚNIOR; SILVEIRA, 2013).

Decidi estudar o tema após escutar de uma jovem “que viver gorda é pior que morrer”. Ao refletir sobre o assunto, percebi o quanto é desigual à luta das mulheres contra as mídias que estabelecem o culto ao corpo magro. Numa busca despretensiosa na internet, ainda enquanto amadurecia sobre o que estudar no doutorado, fui surpreendida por vários sites pró-Ana (sites em favor da anorexia nervosa) e pró-MIA (a favor da bulimia nervosa) e me choquei com a facilidade com que encontramos no mundo virtual conselhos de como meninas poderiam driblar a fome ou de como evitar que pessoas próximas percebam a diminuição na quantidade de alimentos por elas ingeridas, essa facilidade pode estar garantida pela censura mínima que existe na grande rede de computadores e pelo anonimato. Também nessa pesquisa encontrei um blog

com 50 dicas para um corpo perfeito entre elas: “disfarce a coloração da pele debaixo das unhas por falta de nutrientes com esmaltes escuros”, “tome comprimidos de azia se tiveres muita fome”. E entendi que para estas jovens não se tratava de doença, mas de um ideal de vida — ser magra.

Percebe-se que esse comportamento adotado pelos adolescentes é motivado pela sociedade ocidental que subjuga e age com preconceito em relação às pessoas consideradas fora dos padrões atuais. Entendo que a mídia, redes sociais ou outros meios de comunicação não devem ser considerados como os responsáveis pelo desenvolvimento dos transtornos alimentares, porém é perigosa a associação entre felicidade e magreza tantas vezes exultadas pelas mídias.

Desse modo, observei que as adolescentes poderiam ser as mais prejudicadas com esse problema. Pois, nessa fase da vida, passamos por um processo de crescimento, desenvolvimento e transformações no corpo que podem gerar instabilidade e insegurança em relação a nossa autoimagem. O interesse pelo universo adolescente vem desde o Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem (2001) e dissertação de mestrado por apreciar o universo adolescente cheio de sonhos, construções e desconstruções pessoais. A ideia da ação educativa surgiu por acreditar que poderíamos discutir e quem sabe promover mudanças forma de pensar em relação aos padrões socialmente impostos da tirania estética da magreza.

Atendendo as recomendações do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco esta tese esta estruturada pelas seguintes seções iniciais: apresentação, revisão da literatura, objetivos, e caminho metodológico do estudo. Posteriormente, são apresentados os artigos originais resultantes do trabalho o primeiro intitulado: - Impacto de uma ação educativa no cenário escolar na percepção corporal e comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino, que será submetido ao European Eating Disorders Review, encontrando-se na formatação do referido periódico (ANEXO A) o segundo artigo intitulado - Ação educativa problematizadora para prevenção de transtornos alimentares em Escola de Referência de Ensino Médio - que deverá ser enviado a Revista da Escola de Enfermagem da USP, que também se encontra no formato exigido pela publicação (ANEXO B). Ao final da tese, encontram-se as conclusões do estudo, as referências utilizadas, os apêndices e anexos.

Finalizando esta apresentação trago como nota as pinturas que antecedem as sessões da tese, um projeto da fotógrafa americana Lauren Wade Sim que retocou pinturas famosas, cujo foco é a nudez, para enquadrá-las aos padrões estéticos atuais, onde a sua intenção foi fazer uma crítica à fixação da sociedade atual pela perfeição, que pode ser ilustrada pela edição excessiva de imagens por parte da mídia.



“O nascimento da Vênus” de Sandro Botticelli

2 Objetivos

2.1 Geral:

- Averiguar mudanças na percepção corporal e comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino após implementação de uma ação educativa no cenário escolar.

2.2 Específicos:

- Identificar adolescentes do sexo feminino com alterações da autoimagem/ e ou comportamento alimentar de risco;
- Levantar os questionamentos, dificuldades, medos e anseios das adolescentes de risco relacionados aos transtornos alimentares.
- Desenvolver uma ação educativa utilizando a perspectiva, problematizadora em relação aos transtornos alimentares;
- Avaliar os efeitos de uma ação educativa na percepção corporal e no comportamento alimentar de adolescentes do sexo feminino.



As “três Graças” de Rafael Sanzio

3 Revisão da Literatura

Em quase todos os países do mundo, vem crescendo nas últimas décadas o interesse sobre a adolescência, uma fase do desenvolvimento humano menos conhecida que a infância. Isto se deve à constatação de que a formação do estilo de vida do adolescente é crucial, não somente para ele, como também para as gerações futuras (RUZANY, 2008).

A percepção sobre a adolescência foi sendo construída desde a antiguidade sob o prisma da impulsividade e excitabilidade. Filósofos como Aristóteles e Platão consideravam os adolescentes apaixonados, irascíveis e inclinados a se deixarem levar pelos seus impulsos, sendo recomendado pelos mesmos a não ingestão de bebidas alcoólicas, pois, não se pode colocar fogo no fogo. Porém, a adolescência deve ser observada sob diferentes ângulos, e não apenas como foi estruturada com concepções às vezes exageradas em termos de rebeldia e conflitos (DAVIM et al., 2009).

A adolescência, do latim *adolescere* (crescer) é um fenômeno que surge com o início da puberdade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010) a adolescência é a época da vida, entre os 10 e 19 anos, caracterizando-se por um período de transformação biopsicossocial, com profundas e abrangentes mudanças nos aspectos físicos, adaptações a novas estruturas psicológicas e ambientais, que acompanham a transição do estágio infantil para o adulto, com repercussões individuais, familiares e sociais (WHO, 2010).

Assim, todas essas alterações consideradas na adolescência, implicam adaptações, reelaborações e transformações de valores arraigados, o que pode expor o jovem a decepções e frustrações sendo que nem sempre este dispõe de elementos significantes para enfrentá-las, ou ainda não possuem espaços no ambiente familiar onde possam falar obter informações e minimizar conflitos (SERON; DEL PRETTE; MILANI, 2011).

Na busca da identidade, o adolescente recorre, como, comportamento defensivo, à uniformidade, que pode proporcionar segurança e auto-estima pessoal. Surgindo o espírito de grupo, pelo qual o adolescente mostra-se tão inclinado. Podendo-se perceber um processo de superidentificação em massa, onde todos se identificam com cada um. Por isso, inclinam-se as regras do grupo em relação a modas, vestimentas, costumes e preferências (ABERASTURY; KNOBEL, 2003).

Desde a década de 1970, alguns autores demonstraram o valor da formação de grupos sociais por adolescentes da mesma faixa de idade e o papel da imagem corporal na inserção do adolescente. Ser aceito num grupo nesta fase da vida é bastante significativo e a aparência física possui importância, uma vez que interfere na autoimagem e afeta a aceitação (MIRANDA et al., 2013). Assim, em busca de inserção no meio social, os indivíduos tomam como referenciais os ideais culturais e ignoram suas histórias pessoais, sentimentos, emoções e a própria realidade corporal (FIDÉLIX et al., 2011).

Do ponto de vista biológico, o crescimento e o desenvolvimento do adolescente constituem processos dinâmicos, com diversas e intensas transformações físicas e funcionais, influenciadas pela hereditariedade, ambiente físico, psicossocial e atividade física. Devido à grande variabilidade quanto ao início, duração e progressão das mudanças puberais, a idade cronológica nem sempre está de acordo com a idade biológica. Essa última reflete melhor o progresso do organismo em direção à maturidade. Por isso, diversos parâmetros do crescimento e desenvolvimento são analisados através de medidas de peso, altura, idade óssea, entre outras (RESTA; MOTTA, 2013).

O processo da puberdade é desencadeado e regulado por mecanismos neuroendócrinos, ainda não totalmente conhecidos. Do ponto de vista hormonal observam-se, de início, picos noturnos de hormônio luteinizante (LH), que expressam maturidade do centro hipotalâmico, até então inibido pelos baixos níveis circulantes dos esteroides sexuais. Com o progredir da puberdade, ocorre aumento da secreção do hormônio folículo estimulante (FSH) e do LH. Estes hormônios hipofisários estimularão a síntese e secreção dos esteroides sexuais responsáveis pelas modificações físicas características deste período (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A puberdade está concluída com o fim do crescimento esquelético que coincide com a soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos e com o amadurecimento gonadal, que permite a plena execução da função reprodutora. O fim da adolescência é mais difícil de determinar, pois sofre influência de fatores socioculturais (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Uma das características mais notáveis da puberdade é a aceleração da velocidade de crescimento. É a fase de maior crescimento do indivíduo, excetuando o 1º ano de

vida. O ganho de altura durante a adolescência equivale a cerca de 20% da altura final do adulto e resulta da aceleração do crescimento por um período de 24 a 36 meses. Observa-se, para quaisquer grupos populacionais, que o estirão feminino ocorre cerca de dois anos mais cedo e é menos intenso que o estirão masculino. O ganho de peso na adolescência é resultante do aumento do tamanho do esqueleto, músculos, órgãos internos e quantidade de gordura. O peso é uma medida mais variável que a estatura, pois depende também de fatores externos, como a dieta. O aumento de peso na adolescência apresenta, como no caso da estatura, uma fase de aceleração e posterior desaceleração, representando um ganho de cerca de 40 a 50% do peso adulto final. A velocidade máxima de ganho de peso nas meninas ocorre cerca de 6 meses após o pico do estirão; enquanto nos meninos os picos de peso e estatura ocorrem simultaneamente (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A adolescência pode ainda ser considerada como um período crítico para o desenvolvimento de comportamentos e estilos de vida variados. Desse modo, encontra-se uma preocupação na prevenção de comportamentos de risco relacionados à saúde do adolescente. Para Baumrind (1987) experimentar e explorar são comportamentos esperados; evidências indicam que essa necessidade de exploração e experiência torna o adolescente mais vulnerável a comportamentos que envolvem riscos pessoais. Os riscos pessoais ocorrem principalmente naqueles comportamentos exploratórios ocasionais, sendo importante atentar para a diferença deste tipo de comportamento e dos padrões persistentes de comportamento de risco, visto que aqueles nem sempre ocorrem de forma regular e permanente, constituindo um padrão comportamental natural do adolescente (REIS et al., 2014). Silva e Hutz (2002) acrescentam que muitos jovens vivenciam algum tipo de comportamento de risco sem desenvolver problemas.

Para a Organização Mundial de Saúde (1986), comportamentos de risco são ações que estão associados ao aumento da susceptibilidade a uma doença específica ou à “doença-saúde”. Usualmente esses comportamentos são definidos como “perigosos” com base em dados epidemiológicos e dados psicossociais. Segundo a OMS(1986), algumas situações também expõem a saúde dos adolescentes merecendo a atenção à depressão, suicídio e psicoses. Além dessas, também devem ser considerados os transtornos de doenças como o diabetes e a epilepsia.

Os transtornos alimentares são doenças psíquicas caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar. Geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência. Nessas faixas etárias os transtornos podem ser divididos em dois grupos. Os que acontecem precocemente na infância e que representam alterações da relação da criança com a alimentação estão incluídos: a pica (ingestão de substâncias não nutritivas) e o distúrbio de ruminação (episódios de regurgitação repetida que não podem ser explicados por nenhuma condição médica). No segundo grupo estão os principais transtornos alimentares: a anorexia e a bulimia. Estas, diferentemente da pica e do distúrbio de ruminação estão associadas a uma preocupação excessiva com o peso e ou a forma do corpo. Ainda fazem parte dos transtornos alimentares as síndromes parciais de anorexia e bulimia e o transtorno da compulsão alimentar periódica (GONÇALVES et al., 2013).

Estudos na área de transtornos alimentares vêm apontando para um aparente aumento de sua ocorrência nas últimas décadas (HOEK; HOEKEN, 2003; BUSSE; SILVA, 2004). Sendo necessárias medidas específicas não apenas para o tratamento, mas ainda para a sua prevenção, pela gravidade que estes transtornos representam (AGRAS, 2001). Segundo Nielsen (2001), os transtornos alimentares apresentam gravidade significativa em vários aspectos: acarretam risco considerável de comprometimento emocional, psicossocial e sexual, além do risco elevado de morbidade (MOYA, 2003) e mortalidade (HERZOG et al., 2000; CORDÁS et al., 2004). Portanto, os transtornos alimentares merecem investimentos na área da saúde para o seu adequado tratamento (FLEITLICH-BILYK; SCIVOLETTO, 2004).

Os transtornos alimentares apresentam ocorrência global: estudos mostram prevalência significativa tanto em países desenvolvidos, como os EUA, Japão, Israel e nações europeias (NAKAMURA et al., 2000; ROJO et al., 2003), quanto em países em desenvolvimento (NOBAKHT; DEZHAKAM, 2000). Estes estudos pesquisam adolescentes e adultos, e as taxas de prevalência de bulimia nervosa variam entre 0,4 % a 3,2 % no sexo feminino e entre 0 % a 0,36 % no sexo masculino; as taxas de anorexia variam entre 0,5 % e 0,9 % no sexo feminino e as taxas de síndromes parciais estão entre 2,8 % e 6,6% no sexo feminino e entre 0,5% e 0,8% no sexo masculino. Esses índices variam muito porque dependem de uma série de fatores, que divergem em cada estudo, tais como população analisada, faixa etária, país pesquisado, metodologia utilizada, entre outros. Existem poucas pesquisas epidemiológicas em transtornos

alimentares em países em desenvolvimento e o Brasil também revela carência de pesquisas nessa área. No entanto, a experiência clínica sugere que esses transtornos também têm prevalência significativa no Brasil (KESSELER et al., 2013).

Como apontam os trabalhos de Fortes; Almeida; Ferreira (2014) em Minas Gerais, Cavalcanti (2010) e Prisco (2013) no Nordeste que demonstraram a elevada suscetibilidade para transtornos alimentares entre adolescentes do sexo feminino que apresentam alterações da autoimagem e restrição da alimentação.

Dos principais transtornos do comportamento alimentar, a anorexia nervosa foi a primeira a ser descrita já no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos na década de 1970 do século passado. Esta é uma síndrome psicossomática que se caracteriza pelo medo mórbido de engordar, levando à redução voluntária e drástica da ingestão alimentar com perda progressiva e desejada de peso, caquexia e inanição e, não raro, à morte (ARCELUS et al., 2011; HUAS et al., 2011; FRANKO et al., 2013).

O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (privação, ausência). Anorexia nervosa, que significa perda de apetite de origem nervosa, não é a expressão mais adequada, considerando que, pelo menos no início do quadro, há negação da fome propriamente dita. Apesar dos estudos sobre a patologia terem se iniciado na década de 1970, pensa-se ser essa síndrome é uma doença nova, produto das pressões sociais emergentes desde quando a mesma foi descrita ou se configura uma forma mais profunda da auto depressão adotada por indivíduos de outras épocas e culturas, uma vez que a prática de jejuar já existia há séculos (SILVERMAN, 1992).

Num breve histórico sobre a anorexia Habermas (1989) descreveu um caso pioneiro altamente sugestivo de anorexia nervosa em uma serva que viveu no ano de 895. A jovem Friderada, após ter-se recuperado de uma doença não reconhecível, passou a apresentar um apetite voraz a descontrolado. Para tentar diminuí-lo, buscou refúgio em um convento e nele, com o passar do tempo, foi restringindo sua dieta até passar a efetuar longos jejuns. Embora inicialmente ainda conseguisse manter suas obrigações conventuais, rapidamente seu quadro foi-se deteriorando até a sua morte, por desnutrição.

Um dos casos mais conhecidos é o de Catarina Benincasa, mais tarde Santa Catarina de Siena, que aos 15 anos, após a morte da irmã passou a comer pouco e rezar muito. Seus pais, preocupados com a situação, pensaram em procurar-lhe um marido, mas a reação de Catarina foi de intensificação do ascetismo e religiosidade: cortou os cabelos, passava longos períodos meditando e secretamente se autoflagelava. Com o tempo, comia apenas um punhado de ervas e, ocasionalmente, colocava galhos na garganta para vomitar quando lhe forçava a alimentação. Alegava sentir-se mais forte com o jejum e mais perto de Deus, vindo a falecer de desnutrição aos 32 anos (NUNES et al., 1998).

Entre os séculos V e XIII, o jejum voluntário ou inanição auto imposta, podia ser interpretada como possessão demoníaca ou milagre divino. Nesse período, encontra-se em grande número descrições de mulheres que se auto impunham jejum como uma forma de se aproximar espiritualmente de Deus; eram chamadas de Santas anoréxicas. A anorexia sagrada de caráter religioso é psicologicamente análoga à anorexia moderna, pois, em ambas existe o quadro de perfeccionismo, auto insuficiência, rigidez no comportamento, insatisfação com o próprio corpo e distorções cognitivas (BIGUETTI, 2003).

Nos ano de 1694, Morton é autor do primeiro relato médico de anorexia nervosa, descrevendo o tratamento de uma jovem mulher com recusa em alimentar-se e ausência de ciclos menstruais que rejeitou qualquer ajuda oferecida e morreu de inanição. O autor mostrou-se intrigado pela indiferença que a paciente demonstrava em relação ao seu estado crítico e pela preservação de suas faculdades mentais básicas (CORDÁS et al., 2004).

Considerando os relatos religiosos e médicos questionáveis da Idade Média percebe-se que naquela época o comportamento alimentar era apenas um aspecto de uma variedade de práticas religiosas que expressavam devoção, enquanto que os de hoje o aspecto principal ausente na anorexia sagrada é o critério diagnóstico central: o medo mórbido de engordar (HABERMAS, 1989).

O inicio do quadro clínico da anorexia ocorre frequentemente a partir da elaboração de uma dieta, em que o paciente inicia a restrição de grupos alimentares, eliminando aqueles que julgam mais calóricos. Essa restrição alimentar aumenta progressivamente, com a diminuição do numero de refeições podendo evoluir até ao

jejum. O paciente possui como meta emagrecer, cada vez mais (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004). Ainda sobre o início da doença, geralmente existe o relato de um fator estressante e desencadeador da mesma como comentários sobre o peso, forma do corpo, ou o término de um relacionamento ou perda de um ente querido. Lentamente o paciente passa a viver exclusivamente em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, de tabela de calorias e do medo patológico de engordar. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras. Concomitantes esses pacientes apresentam traços de personalidade como preocupações e cautela em excesso, medo de mudanças, hipersensibilidade e gosto pela ordem (SCHERER et al., 2010).

Segundo sistema classificatório da última edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2013) existem dois tipos de apresentação clínica da doença: no primeiro, as pacientes apenas empregam comportamentos restritivos associados à dieta (tipo restritivo); no outro grupo (tipo purgativo) ocorrem episódios de compulsão alimentar e ou comportamentos mais perigosos, como o vômito auto induzidos, o abuso de laxantes e diuréticos. Porém, recentemente alguns trabalhos tem questionado a validade dessa dicotomia. Estes evidenciaram que apenas 12% das pacientes com anorexia restritiva nunca haviam apresentado episódios bulímicos e purgação. Enquanto que outros relatam que após quatro anos de seguimento de um grupo de pacientes com anorexia, não conseguiam diferenciar claramente a que subgrupo que no início do tratamento se enquadravam. Indicando que estes subtipos poderiam ser apenas estágios evolutivos de uma mesma doença (CARVALHO et al., 2013).

Entre os sintomas que podem ser referidos pelos pacientes estão: intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelos, constipação, dor abdominal, anorexia, letargia, pés e mãos frios, amenorreia, dificuldade de concentração. Os achados clássicos no exame físico desses pacientes estão relacionados à desnutrição e a disfunção hipotalâmica e incluem pele seca, hipotermia, bradicardia, hipotensão, bradipneia e edema de membros. A gravidade da desnutrição pode ser avaliada pelo índice de massa corpórea (IMC), quando a mesma atinge escores inferiores a 18Kg/m^2 . Várias complicações de saúde podem surgir em decorrência da desnutrição e dos comportamentos purgativo tais como anemia, alterações endócrinas, osteoporose e alterações hidroeletrolíticas em particular a hipocalemia dentre outras (CARVALHO et al., 2013).

O diagnóstico diferencial deverá ser feito tanto em relação às doenças físicas como as psiquiátricas que podem cursar com anorexia nervosa e emagrecimento. No entanto, quando a causa da anorexia e do emagrecimento é uma doença clínica, a pessoa não apresenta as alterações da imagem corporal e o medo de ganhar peso presentes nos pacientes com anorexia nervosa. A anorexia e bulimia nervosas apresentam diferenças clínicas significativas. Porém muitas vezes elas podem se confundir no subtipo purgativo da anorexia nervosa. O aspecto em questão que auxilia no diagnóstico é que anorexia do tipo bulímico o peso do paciente está abaixo do normal ou acima do desejável (SCHERER et al., 2010).

A bulimia é caracterizada por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. Estes são seguidos de vômitos e abuso de laxantes e ou/ diuréticos. Este comportamento lhe traz satisfação e alívio momentâneos, pois o mesmo acredita ter descoberto a forma ideal de manter o peso sem restringir os alimentos que consideram proibidos (SCHERER et al., 2010). Todavia, após o ciclo compulsão alimentar-purgação já instalado surge à sensação de estar fazendo algo fora do normal, e surgem ainda sentimentos negativos: frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão e piora da autoestima. O episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer. Os episódios bulímicos quase sempre acontecem às escondidas e são acompanhadas de intensa vergonha, culpa e desejos de autopunição. A quantidade de calorias ingeridas por episódio pode variar, embora em média oscile entre 2 mil a 5 mil calorias (JORDAN et al., 2014).

O termo bulimia nervosa foi dado por Russel em 1979 e “da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *lemos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi” (CORDÁS et al., 2004). O termo boulimos já era utilizado antes de Cristo. Hipócrates o empregava para designar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica. A descrição da bulimia nervosa tal qual a conhecemos hoje surgiu em Londres, a partir da descrição em mulheres com peso normal, pavor de engordar, que tinham episódios bulímicos e vômitos auto induzidos. Como algumas dessas pacientes possuíam anorexia acreditou-se de início que a bulimia seria uma sequela desta doença (ESPINDOLA; BLAY, 2006).

Vários distúrbios gastrintestinais, alguns deles sérios, e fatais são descritos na literatura em pacientes com bulimia tais como: dilatação gástrica aguda, inclusive com possibilidade de ruptura, hipertrofia de parótidas, desgaste do esmalte dentário, esofagite, ruptura esofagiana, esvaziamento gástrico anormal e síndrome do colón irritável (JORDAN et al., 2014).

Os critérios diagnósticos para a bulimia segundo a DSM V (2013) incluem episódios recorrentes de compulsão alimentar, que pode ser caracterizado por: comer, em período de duas horas, grande quantidade de alimentos; sentimento de perda do controle alimentar durante episódio; comportamento compensatório para prevenir o ganho de peso vômitos auto induzidos, abuso de laxantes e ou/diuréticos, enemas ou drogas, jejum ou exercícios excessivos; compulsão alimentar e comportamento compensatório que ocorrem duas vezes por semana, por, pelo menos, três meses; preocupação excessiva com a forma corporal e o peso. Também pode haver dois subtipos, sendo ele, o purgativo, pela presença de vômitos ou abuso de laxativos, diuréticos e enemas, e o não purgativo, se ocorrerem jejum ou exercícios físicos (LOUNZÃ-NETO; CORDÁS, 2011). Na bulimia nervosa o início dos sintomas ocorre nos últimos anos da adolescência ou até os 40 anos, estando a idade média de início por volta dos 20 anos de idade (BORGES et al., 2006).

A anorexia e a bulimia são patologias que podem evoluir com gravidade significativa, sendo que a bulimia apresenta os índices de recuperação completa mais altos (HERZOG et al., 2000; CORDÁS et al., 2004). A porcentagem de pacientes com anorexia que se recuperam totalmente não é muito alta: somente cerca de 50% dos pacientes evoluem para uma recuperação total, sendo que 20% permanecem com sintomas residuais e 30% apresentam um curso crônico independente do tratamento utilizado. A anorexia tem taxa de mortalidade maior que qualquer outro transtorno psiquiátrico (AGRAS, 2001). Araújo e Henriques (2011) relatam que a taxa de mortalidade em anorexia é 0,56% em um ano ou 5,6% em uma década: 54% morrem pelas complicações do transtorno alimentar, 27% por suicídio e 19% de causas desconhecidas ou outras causas. A bulimia, por outro lado, apresenta melhor prognóstico: o índice de mortalidade é bem menor que o da anorexia e as taxas de recuperação são cerca de 70% até 10 anos após o início do atendimento em centro clínico. O tratamento precoce pode proporcionar melhor evolução da patologia, uma vez que, quanto maior o tempo de evolução do quadro, pior a resposta ao tratamento.

Portanto, o diagnóstico na fase inicial da doença é de fundamental importância (ARAÚJO; HENRIQUES, 2011).

Existe muita dificuldade relacionada ao diagnóstico correto dos transtornos alimentares, principalmente entre os adolescentes, pois, no início do quadro clínico o transtorno alimentar pode passar despercebido pelos pais e até mesmo pelo próprio indivíduo, que pode desconhecer os sinais e sintomas. Além de existir a recusa do paciente em procurar ajuda profissional ou por não admitir que esteja doente ou por achar que conseguirá se tratar sozinho. Assim, o tempo entre a identificação dos sintomas, a conscientização da existência de um problema de saúde, até a procura pelo tratamento pode chegar a anos, o que consequentemente prejudica a remissão do quadro do transtorno alimentar, que na maioria das vezes é crônico, o que implica em incidência e prevalência subestimadas (DUNKER, 2009).

Quanto à etiopatogenia, não há uma etiologia única responsável pelos transtornos alimentares. Acredita-se que os mesmos sejam de origem multifatorial, ou seja, são determinados por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença. Classicamente, distinguem-se os fatores predisponentes, precipitantes e os mantenedores dos transtornos alimentares. Os fatores predisponentes são aqueles que aumentam a chance de aparecimento do transtorno alimentar, mas não o tornam inevitável. Os fatores que precipitam a doença marcam o aparecimento dos sintomas dos transtornos. Enquanto que os mantenedores determinam se o transtorno vai se perpetuar ou não (PHILLIPPI; ALVARENGA, 2004).

Os fatores predisponentes dos transtornos alimentares são categorizados em três grupos: individual, familiar/hereditário e sociocultural. Entre os fatores individuais destacam-se os traços de personalidade como: baixa autoestima, traços obsessivos e perfeccionistas (na anorexia), impulsividade e instabilidade afetiva (na bulimia). História de transtornos psiquiátricos como: depressão, transtornos de ansiedade e dependência de substâncias são ainda características desse grupo. No grupo familiar e hereditário aparece a agregação familiar, a genética e padrões de interação familiar como: rigidez, impulsividade e evitação de conflitos (anorexia) e desorganização e falta de cuidados (bulimia). Enquanto nos grupos socioculturais observa-se o ideal cultural de magreza (LEAL et al., 2013).

Nos fatores precipitantes estão as dietas. Esse é o fator precipitante mais comum dos transtornos alimentares, sendo um comportamento comum nas sociedades ocidentais ou ocidentalizadas, onde predomina o ideal da magreza. Os eventos estressores também estão enquadrados na categoria dos fatores predisponentes, e podem aparecer tanto na anorexia como na bulimia. Eventos envolvendo uma desorganização da vida ou uma ameaça à integridade física (doença, gravidez, abuso sexual e físico) podem ter um papel desencadeador do transtorno alimentar por reforçar sentimentos de insegurança e inadequação (SCHERER et al., 2010).

Por último, os fatores mantenedores da doença incluem o papel das alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão alimentar e purgação, que tendem a perpetuar o transtorno. Fazem parte deste: alterações endócrinas, distorções da imagem corporal, distorções cognitivas e práticas purgativas (PHILLIPPI; ALVARENGA, 2004).

O perfil do paciente portador de anorexia é: adolescentes do sexo feminino (entre 13 a 17 anos), raça branca e alto nível sócio econômico cultural. Porém, o que se observa hoje, é um grupo cada vez mais heterogêneo, sendo vistos crianças a partir de 7 anos, adolescentes do sexo masculino, indivíduos de raça negra, pacientes de baixo nível sócio econômico e mulheres de todas as idades (CARVALHO et al., 2013).

Na atualidade discute-se a importância na patogênese dos transtornos alimentares dos fatores socioculturais que impõem um ideal de beleza, juntamente com o culto às dietas hipocalóricas e ao corpo esquálido. De modo que, se observarmos a evolução dos padrões de beleza, desde a Vênus de Milo e os quadros de nus dos pintores do século XVI ao início do século XX, constatamos um processo de construção da imagem caquética feminina materializada nas manequins que, a partir da década de 1960 até a atualidade, vêm assumindo antropometrias cada vez menores (CORDAS; SALZANO; RIOS, 2004).

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o preconceito contra a obesidade é, sem dúvida, muito forte. O culto à magreza está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social, gerando um quadro contraditório, tendo em vista que, através da mídia escrita e televisiva, a indústria de alimentos vende gordura, com o apelo aos alimentos hipercalóricos, enquanto a sociedade cobra magreza (RODRIGUES, 2013).

O ideal de corpo perfeito preconizado pela nossa sociedade e veiculado pela mídia leva as mulheres, sobretudo na faixa adolescente, a uma insatisfação crônica com seus corpos, ora se odiando por alguns quilos a mais, ora adotando dietas altamente restritivas e exercícios físicos extenuantes como forma de compensar as calorias ingeridas a mais, na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente. Dessa forma, aumenta-se a pressão da equação: promessa de Felicidade e Beleza = Consumo (RODRIGUES, 2013).

Para Del Priore (2000), na nossa cultura, o belo se associa à juventude e saúde e o velho, à doença, à pessoa que não se cuida diariamente, ressalvando que os avanços científicos e médicos no processo da longevidade estão se tornando um problema, já que pessoas idosas tendem a ficar cada vez mais dentro de casa, pois velho ou gordo não são aceitos socialmente, são ridicularizados, considerados uma vergonha, associados à feiura e sem cuidados consigo, sem amor-próprio. Dessa forma, “diferentemente de nossas avós, não nos preocupamos mais em salvar nossas almas, mas em salvar nossos corpos da desgraça da rejeição social. Nosso tormento não é o fogo do inferno, mas a balança e o espelho” (DEL PRIORE, 2000, p. 11).

A autora argumenta que a tirania da perfeição física levou a mulher não para a busca de identidade, mas de identificação, visto que as prescrições sofridas não são mais do marido, do padre ou do médico, mas de discurso jornalístico e publicitário que a cerca, sendo que, em pleno século XXI, nos obrigamos a nos colocar a serviço de nossos próprios corpos. Ela diz que os anúncios de revistas exploram a imagem da mulher magra como sendo possuidora de virtudes, independência, beleza e saúde. E complementa “envelhecer começa a ser associada à perda de prestígio e ao afastamento do convívio social. Associa-se gordura diretamente à velhice ou ainda a falta de cuidados e motivação” (DEL PRIORE, 2000, p. 75).

Assim, a distorção e insatisfação quanto à autoimagem corporal são comuns nos dias atuais e têm se consolidado como fatores centrais na manifestação dos transtornos alimentares (NILSON et al., 2013). Para o adolescente em particular a pressão da sociedade e mídia é ainda mais difícil, pois, o jovem atravessa desafios distintos: aceitar e entender as modificações do seu corpo e ao mesmo tempo cuidar de sua aparência, para formar as imagens pessoal e social almejada.

Sobre a autoimagem Shilder (1999) elaborou a seguinte definição:

A imagem do corpo humano é a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo aparece para nós mesmos. Nós vemos partes da superfície corporal. [...] Além de tudo isso há a experiência imediata da existência de uma unidade corporal. Esta unidade é percebida e é mais do que uma percepção, nós a denominamos um esquema de nosso corpo ou modelo postural do corpo. Cada emoção modifica a imagem corporal (SHILDER, 1999, P.188).

A imagem corporal nunca permanece fixa ou uniforme, mas deriva de um esforço permanente do sujeito para transpor essa identidade corporal (CONRADO, 2008). O processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado pelo sexo, idade, meios de comunicação, bem como pela relação do corpo com os processos cognitivos como crença, valores e atitudes inseridos em uma cultura. A insatisfação com o corpo tem sido associada à discrepancia entre a percepção e o desejo relativo ao tamanho e a forma corporal. A cultura da magreza determina valores e normas que, por sua vez, condicionam atitudes e comportamentos relacionados ao tamanho do corpo, à aparência e ao peso (GONÇALVES et al., 2013).

Grande parte dos estudos realizados com adolescentes constata que são mais comuns as adolescentes do sexo feminino quando comparadas aos do sexo masculino, cultivarem o medo da obesidade e má-aceitação do corpo, o que pode relacionar-se a casos de baixa autoestima, inferioridade e rejeição (FERNANDES, 2007). O empenho feminino, especialmente, desde a infância e/ou adolescência em melhorar a forma física é motivado pelo receio de se tornar alvo de discriminação. A insatisfação corporal, o medo de engordar e as alterações na autoimagem levam à busca de uma aparência socialmente moldada, com a adoção de comportamentos de risco à saúde e ao bem estar, como prática de dietas da moda e jejuns, dentre outros.

Surge a necessidade de satisfação de questões não puramente estéticas, mas também psíquicas e sociais. As adolescentes são influenciadas por diversos atores, além de fatores como o desconhecimento, falta de preparo, intensidade e rapidez das mudanças que se seguirão, unidos aos estereótipos e a expectativa social na formação da imagem corporal (OLIVEIRA; HUTZ, 2010).

Alguns autores correlacionam a insatisfação corporal das adolescentes com o total de horas dedicadas a assistir televisão. Acredita-se que, quanto maior a exposição às imagens consideradas ideais veiculadas através da mídia, maior é a chance de adoção de comportamentos característicos dos transtornos da alimentação (NAWKA et al., 2012).

No início da adolescência, os pais quase sempre exercem certa influência na aparência dos filhos. A percepção da expectativa dos pais em relação ao peso dos filhos pode influenciá-los a se sentir gordos (PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006). O pai e mãe, expressando insatisfação e preocupações com o próprio corpo podem influenciar os filhos a reproduzirem atitudes e comportamentos relativos à alimentação e a forma física, visando o emagrecimento. Acredita-se que pais excessivamente preocupados com seu próprio peso ou com o peso dos filhos podem estimular grande preocupação com a imagem (BERGER; SCHILKE; STRAUSS, 2005). As mães podem funcionar como modelos, influenciando a relação pessoal dos filhos com a alimentação e as meninas podem, desde pequenas, repetirem atitudes maternas em relação ao peso (DAVISON; BIRCH, 2001). Os pais podem atuar manifestando a insatisfação com o peso e forma física do adolescente, controlando seu acesso ao alimento, criticando e comparando-o com outros adolescentes (BROWN et al., 1995; BIRCH, FISHER, 1998).

Os amigos possuem uma grande influência na socialização. Dessa forma, a comparação ou comentários por eles realizados encoraja os demais a buscarem modificações na forma física, com estratégias como a prática de dietas (LEAL, 2013). Com o passar dos anos e proximidade da vida adulta, a opinião das amigas passa a contar na formação de atitudes da adolescente relacionadas à perda de peso e à forma física, até mais do que a dos próprios pais (LEONIDAS, 2012).

Dessa maneira, faz-se necessária à adoção de estratégias efetivas e com possibilidade de ampla abrangência populacional para a modificação destes comportamentos de dieta restritiva e insatisfação corporal por sua relação com os transtornos alimentares e por consequência em longo prazo de prejuízos à saúde, além do elevado custo financeiro e humano (DUNKER, 2009).

A prevenção dos transtornos alimentares pode ser incentivada com programas de educação em saúde, que tenham como objetivo evitar que crianças e adolescentes

apresentem problemas no desenvolvimento da imagem corporal e na relação com os alimentos (STICE; BECKER; YOKUM, 2013).

As estratégias para a prevenção de transtornos alimentares têm como aliado às escolas, através da criação de programas educacionais direcionados a este ambiente. A escola, a partir do seu compromisso com a formação humana e técnica, tem papel fundamental no processo de transformação das concepções e práticas relacionadas à saúde, ao propor um processo educativo que considere a historicidade, a intersetorialidade e a constituição de redes de proteção integral contra determinados agravos que atingem a população adolescente (BRASIL, 2009).

Para que estes programas tragam resultados positivos, é importante o envolvimento da comunidade escolar através não apenas dos professores e alunos. São necessárias intervenções em sala de aula, realização de aconselhamento para grupo de risco de desenvolver os transtornos; incentivo à oferta de alimentos saudáveis nas cantinas; modificação dos conteúdos trabalhados nas salas de aulas de educação física; e a realização de atividades externas junto à comunidade e os pais. Na sequência, recomenda-se integração entre escolas, serviços de saúde, centros comunitários, organizações religiosas e mídia locais para que haja reforço dos programas desenvolvidos pelas escolas (STICE; SHAW; MARTI, 2007).

Historicamente, saúde e educação têm vivenciado aproximações e distanciamentos, e destes têm surgido algumas experiências que refletem encontros e desencontros, no que diz respeito ao cumprimento das suas missões e do seu papel social. Os diversos contextos históricos e as formas como os diversos atores se inserem e compõem esses contextos têm sido determinantes na configuração desses movimentos. Considerar a educação como processo emancipatório que propicia o diálogo e as aprendizagens mútuas que podem contribuir para a compreensão e a abordagem da saúde em um sentido amplo, assim como compreender os territórios com seus problemas e potencialidades, como base para a organização de processos intersetoriais e interdisciplinares de trabalho, com o intuito de promover a integração/interação entre os setores saúde e educação (BRASIL, 2009).

Essa nova forma de pensar e agir na educação são fruto de discussões que surgiram no final da década de oitenta, como parte das mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção de saúde na saúde pública,

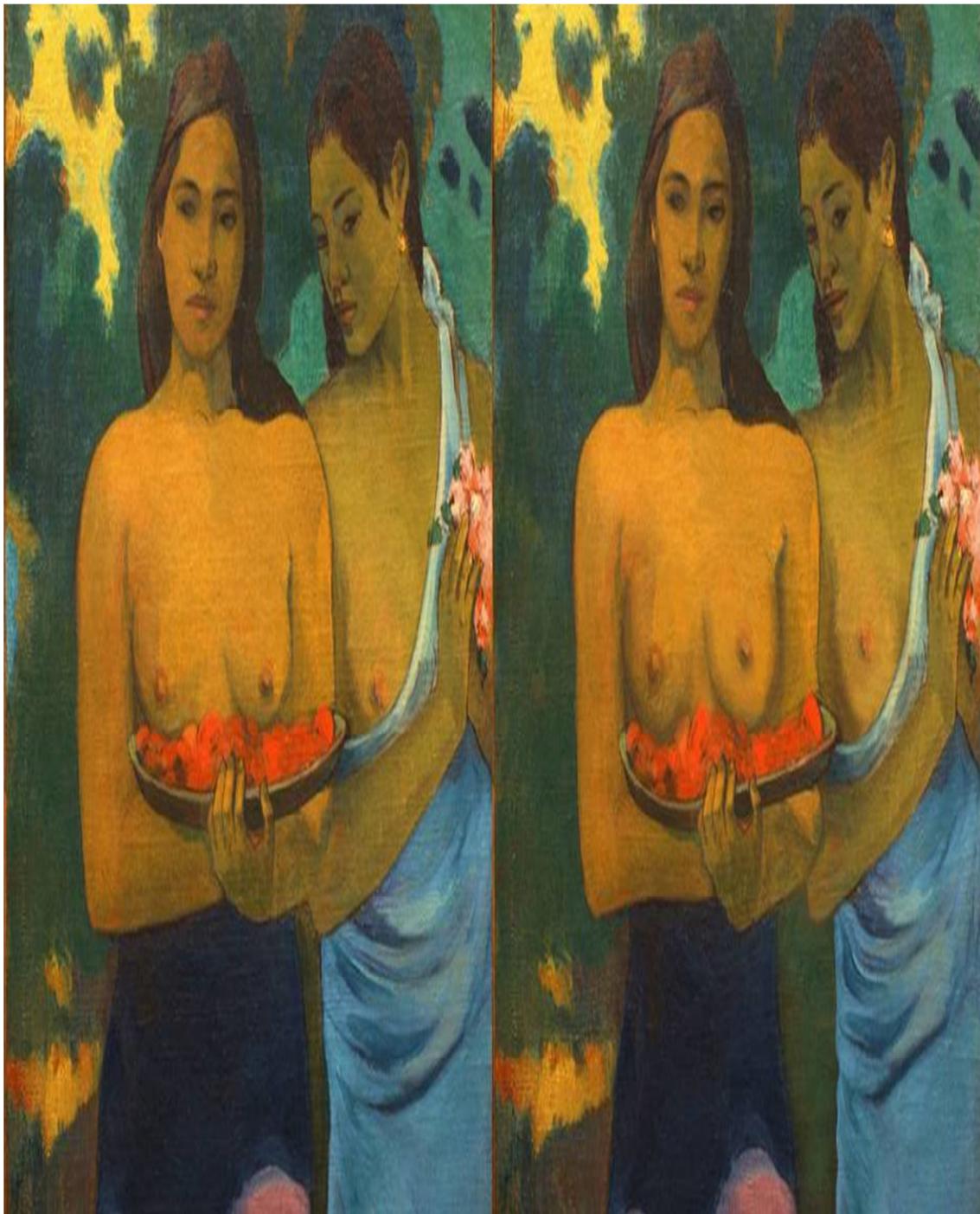
estendendo-o ao entorno escolar (IPPOLITO-SHEPERD, 2003). Assim surgi a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), que foi criado para capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

A implantação de escolas promotoras de saúde implica um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade e demanda a ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e dos problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas pertinentes para abordá-los e enfrentá-los. Trata-se de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar com enfoque integral, tendo três componentes relacionados entre si, a saber: 1) Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; 2) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e, 3) Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (CERQUEIRA, 2007). Segundo a avaliação de Silva et al. (2007), a Escola Promotora de Saúde se traduz como importante estratégia para uma cidade mais saudável, numa ótica de inclusão e participação.

A saúde tem sido associada historicamente ao surgimento de doenças, sua prevenção e cura. Isso reflete a hegemonia do modelo biomédico que tem permeado durante longo tempo o desenvolvimento das práticas de saúde no Brasil e no mundo, desconsiderando a capacidade de as pessoas assumirem o cuidado e o controle sobre o corpo e a vida, delegando-os aos profissionais de saúde. Assim, as práticas educativas de saúde não se restringem ao profissional de saúde e aos serviços de saúde, mas devem ter neles o seu lócus. No entanto, adverte-se que tais práticas devam ser reconstruídas junto com os educadores e inseridas no projeto pedagógico da escola. E não apenas se restringirem a intervenções pontuais, a respeito de conteúdos afeitos a questões nosológicas do momento (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2009).

Dessa maneira, os transtornos alimentares por já representarem um problema de saúde pública, com prevalência e incidência subestimadas em todo mundo, deve estar inserido nas diretrizes da nova política de atenção a saúde do escolar no Brasil. Assim, estes transtornos podem fazer parte do conteúdo preconizado nos parâmetros curriculares nacionais (PCN), ou seja, devem comparecer no currículo da formação de crianças e adolescentes como uma abordagem transversal e interdisciplinar: tais

conteúdos constituem objeto de atenção de todos os níveis e séries da escola, integrados a todas as disciplinas como um discurso cotidiano do processo ensino/aprendizagem.



As “Duas taitianas com flores de manga” de Paul Gauguin

4 Caminho Metodológico

Neste capítulo serão expostos o caminho percorrido na concretização desta tese.

4.1 Procedimentos que antecederam a coleta de dados

Este momento ocorreu entre os meses de abril a maio de 2012 e seguiram com:

1-Visita a escola: para obtenção de carta de anuência para a realização da pesquisa (APÊNDICE A) divulgação e esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa e ainda para sensibilização da comunidade escolar sobre a mesma.

2-Contato com as adolescentes no intervalo de aulas para o recrutamento daquelas que manifestaram o desejo de participar da pesquisa.

3-Autorização formal dos pais ou responsáveis para a participação das adolescentes na pesquisa e da própria adolescente (APÊNDICE B) através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE C).

4.2 Cenário de estudo

O estudo foi realizado na escola de Referência de Ensino Médio Silva Jardim da rede estadual de ensino de Pernambuco localizada na Praça do Monteiro região norte da cidade de Recife, num bairro de classe média alta cercada de várias torres residenciais que atualmente compõe o cenário imobiliário da cidade. Contrastando com a realidade das comunidades que a escola atende como: Inaldo Martins, Vila Esperança/Cabocó e Alto do Mandú, onde muitas das ruas ainda não possuem calçamento e a rede de esgoto é escassa. A escola possui 401 alunos matriculados, 16 professores e funciona em regime integral. Além da jornada escolar ampliada, estas unidades de ensino contam com uma infraestrutura especial (laboratórios, refeitórios, cozinha etc.) Segundo Secretaria Estadual de Educação (PERNAMBUCO, 2009) as escolas de referência possuem como filosofia: uma educação voltada não apenas para a construção dos conhecimentos cognitivos, mas pautada por uma filosofia na qual o homem é sujeito da sua história, intervindo na realidade e no seu contexto social, a fim de transformá-los. O ingresso se dá por meio de processo seletivo devido à demanda de alunos. Atualmente, o estado possui 300 Escolas de Referência em Ensino Médio em funcionamento e mais 40 escolas autorizadas a partir de janeiro de 2014 (PERNAMBUCO, 2013).

4.3 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães no dia 23 de dezembro de 2011, sob o protocolo de número CAEE-0224.0.236.000-11 (ANEXO C). Foi também autorizada a sua realização pela Escola de referência de ensino médio Silva Jardim. Foi solicitada aos pais ou responsáveis dos adolescentes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assentimento das próprias adolescentes para autorizar a participação no estudo, sendo que somente participaram aqueles que apresentaram o referido documento assinado à equipe de pesquisa.

4.4 Tipo de estudo

Para a consecução dos objetivos propostos, optou-se por uma abordagem metodológica mista na combinação do enfoque quantitativo e qualitativo junto as adolescentes, procurando assim, compreender sua vulnerabilidade em relação aos transtornos alimentares.

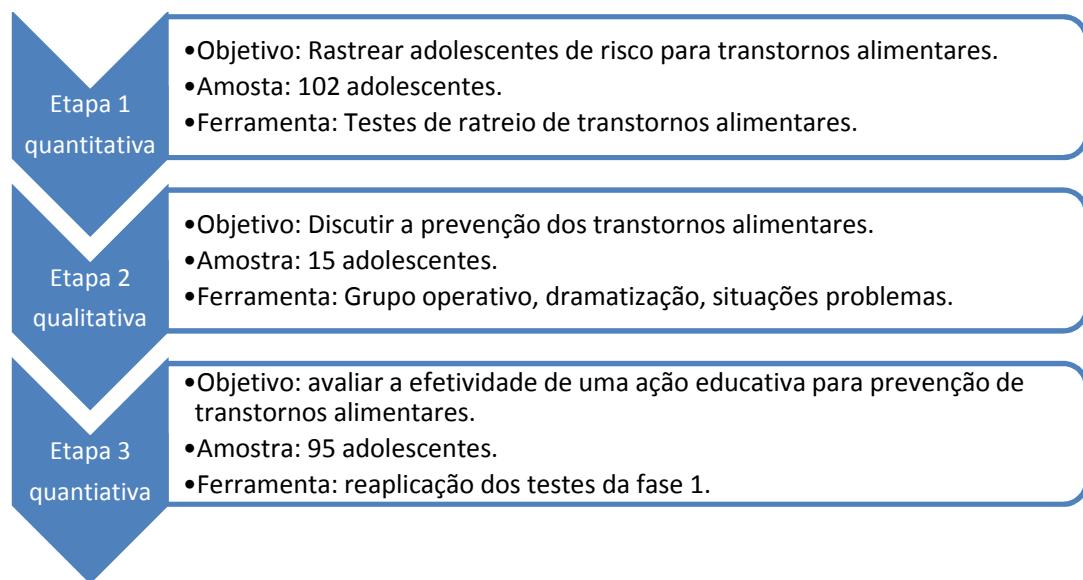
Minayo (2010) contextualiza os conceitos entre qualitativo e quantitativo destacando que o conjunto de dados quantitativo e qualitativo não se opõe, pelo contrário, se complementam, uma vez que a realidade abrangida por eles interage dinamicamente excluindo qualquer dicotomia. Entretanto, afirma a autora que há correntes de pensamento que tendem a se opor a essa intersecção como aquela seguida pela influência positivista.

Hernádes Sampiere et al.(2013) afirmam que as pesquisas mistas são:

Um conjunto de processos sistemáticos e críticos de pesquisa e implicam a coleta de a análise de dados quantitativos e qualitativos, assim como sua integração e discussão conjunta, para realizar inferências como produto de toda informação coletada e conseguir um maior entendimento do fenômeno em estudo (HERNÁDES SAMPIERE, et al., 2013, p. 550).

Desse modo, o estudo possui uma parte quantitativa e outra qualitativa e foi desenvolvido em três fases esquematizado na figura 1.

Figura 1- Fluxograma etapas do estudo, Recife-PE, 2012-2013.



Neste capítulo será apresentado inicialmente o método utilizado no componente quantitativo (1^a e 3^a etapas do estudo). A seguir o componente qualitativo (2^a etapa do estudo/ ação educativa).

Etapa quantitativa

4.5.1 Tipo de estudo

A abordagem quantitativa foi um estudo quase experimental, prospectivo, comparativo do tipo antes e depois. O delineamento quase experimental, conhecido como ensaio ou experimento não aleatório, é um estudo no qual o investigador intervém na característica que está sendo investigada; entretanto, não há alocação aleatória dos participantes (PEREIRA, 2006). Vale ressaltar que o grupo-controle adotado nesta pesquisa foi o próprio sujeito antes de sofrer intervenção.

A pesquisa quase experimental é mais frequentemente usada, por ser prática, viável e passível de generalização: “O grande valor positivo dos quase experimentais recai em sua praticidade, exequibilidade e, de certo modo, em sua possibilidade de generalização” (POLIT; HUNGLER, 2011, p.117). São “... mais adaptáveis ao cenário de prática do mundo real do que os desenhos experimentais controlados. Além disso,

para algumas hipóteses, talvez esses desenhos sejam a única forma de avaliar o efeito da variável independente de interesse” (SULLIVAN-BOLYAI; BOVA, 2013, p.186). Nesse estudo, uma ação educativa, um projeto piloto.

4.5.2 Plano amostral e sujeitos de estudo

A estratégia utilizada para o seguimento quantitativo do estudo foi à amostragem por conveniência de adolescentes do sexo feminino estudantes de um colégio de referência da rede estadual de Pernambuco. As estudantes eram do primeiro e segundo ano do ensino médio. Na primeira parte do estudo participaram 102 meninas do universo de 130 e no reteste 95, sete meninas foram abordadas, mas não manifestaram interesse em participar novamente da pesquisa, sendo consideradas perdas.

4.5.3 Critérios de inclusão e exclusão

- ***Critério de inclusão***

-Adolescentes segundo critério da Organização Mundial de Saúde na faixa etária 10-19 anos e sexo feminino.

- ***Critério de exclusão***

-Adolescentes que estavam no momento da pesquisa em tratamento medicamentoso ou recebendo orientação nutricional formal para redução, ganho de peso ou controlar níveis de glicemia e/ou colesterol.

-Alunas no terceiro ano do ensino médio, por se encontrarem em fase de preparação para o ENEM (Exame Nacional de Ensino Médio).

4.5.4.Operacionalização e instrumentos da coleta de dados

4.5.5 Procedimentos de coleta de dados 1^a e 3^a etapa

Após a autorização formal de pais e responsáveis através do recebimento dos TCLE pelas adolescentes a coleta transcorreu da seguinte forma:

1-Durante os meses de junho a dezembro ocorreu à aplicação dos testes de imagem e percepção corporal, comportamento alimentar e do questionário de identificação geral. Que serviram para a identificação de adolescentes de risco para os transtornos alimentares. Este procedimento acontecia durante o intervalo escolar.

2-Agendamento de avaliação antropométrica no momento de entrega do questionário e testes. A avaliação era individual e cerca de 10 eram feitas por dia. Durante as avaliações encontraram-se algumas dificuldades, primeiramente devido à ausência de um lugar reservado para aferição dos dados antropométricos, a própria técnica em duplicatas e os alguns reagendamentos para adequação ao calendário escolar.

3- Em novembro de 2013, após um período de 3 meses vivenciando as estratégias de prevenção dos transtornos alimentares as mesmas adolescentes foram abordadas, para avaliação da ação educativa. Esta etapa da pesquisa consistiu na reaplicação dos testes de imagem e percepção corporais e de avaliação do comportamento alimentar.

4.5.6 Questionário para caracterização das adolescentes

As participantes do estudo responderam um questionário semi-estruturado (APÊNDICE D) que permitiu a caracterização das adolescentes e contemplou os seguintes dados:

- Dados gerais: idade, escolaridade, idade da menarca, gravidez, renda, situação de moradia, situação conjugal parental, escolaridade parental, ocupação parental e da adolescente.
- Hábitos de vida/cuidados com o corpo: se experimentaram, fizeram uso ou se atualmente utilizavam cigarro, bebidas alcoólicas e/ou drogas ilícitas. Questionamentos acerca da prática de atividade física ou sedentarismo e tratamentos estéticos. Posicionamento sobre cirurgia plástica.
- Transtornos alimentares: verificação do conhecimento a respeito de algum transtorno alimentar e a forma como se deu este conhecimento.

Antes da aplicação do questionário de caracterização foi realizado um estudo piloto, no mês de março de 2012. Este estudo aconteceu em outro ambiente escolar e serviu para avaliação do instrumento e adequação antes do inicio da coleta de dados. No período de avaliação do questionário foram identificadas algumas

questões com termos dúbios que dificultaram o seu preenchimento e favoreceram a perdas, alguns jovens as deixaram em branco. Após essas correções ele foi novamente testado, com bom entendimento pelas adolescentes do piloto. Essa versão final foi aplicada no estudo sem complicações. Durante o teste piloto foi ainda avaliado o tempo médio do preenchimento de todos os instrumentos da pesquisa, para um adequado dimensionamento do tempo.

4.5.7. Testes de imagem corporal e percepção corporal

São testes que permitiram avaliar a preocupação com a imagem corporal e ainda distorções na percepção da imagem corporal.

4.5.8. Questionário sobre a imagem corporal

A avaliação das alterações na imagem e do nível de satisfação das adolescentes com relação à sua imagem corporal foi obtido através do Body Shape Questionnaire-BSQ, traduzido para o português como questionário de imagem corporal por Cordás e Castilho (1994) e validado por Di Pietro (2002) (ANEXO D).

O BSQ é uma escala likert com itens auto preenchíveis construída para mensurar, nas últimas quatro semanas, a preocupação com a imagem corporal e com o peso, mensura a frequência com que indivíduos com e sem transtorno alimentar experimentam a sensação de se sentirem gordos (DI PIETRO, 2002).

Esse instrumento consta de 34 itens, com seis opções de resposta, cada uma delas equivalente a determinada pontuação: Nunca (1 ponto), raramente (2 pontos), as vezes (3 pontos), frequentemente (4 pontos), muito frequentemente (5 pontos), e sempre (6 pontos). A soma dos pontos obtidos no teste permite classificar o nível de preocupação com a imagem corporal da seguinte maneira:

- Somatório menor ou igual a oitenta pontos (80) será considerado padrão de normalidade e tido como ausência de distorção da imagem corporal.
- Somatório entre oitenta e um pontos (81) e cento e dez pontos (110) será um indicador de leve distorção da imagem corporal.

- Somatório entre cento e onze pontos (111) e cento e quarenta pontos (140) será indicador de moderada distorção da imagem corporal.

-Somatório superior a cento e quarenta pontos (140), tratar-se-á de indicação grave distorção da imagem corporal.

Este instrumento avalia outros aspectos relacionados aos transtornos alimentares além das alterações alimentares, tais como: auto depreciação devido à aparência física e a sensação de estar gorda. O BSQ fornece uma avaliação contínua e descritiva dos distúrbios da imagem corporal em população clínica e não clínica e pode ser utilizado para avaliar o papel deste distúrbio no desenvolvimento, na manutenção e na resposta ao tratamento de alguns transtornos alimentares como a anorexia e bulimia. O instrumento tem demonstrado bons índices de validade discriminante e concorrente e boa confiabilidade teste-reteste (CORDÁS; NEVES, 1999; DI PIETRO, 2002; FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

4.5.9. Figura da silhueta corpórea

As escalas de silhuetas avaliam:

-A percepção do tamanho e formas corporais modo como o indivíduo enxerga e percebe seu tamanho ou sua figura mental e do corpo atual;

-O ideal de tamanho e formas corporais que é considerado ideal de beleza;

-A insatisfação com o tamanho e as formas corporais: diferença entre a percepção e o que considera ideal (ALVARENGA et al., 2010).

Foi utilizada a escala de silhuetas de Stunkard (1993), versão adaptada para mulheres no Brasil, simples, de fácil aplicação e avaliação (ANEXO E) (KAKESHITA, 2008). A imagem de cada figura recebe uma pontuação que varia de zero (0) para a mais magra a nove (9), para a mais obesa. A pessoa escolhe uma figura que representa seu corpo atual (EU), quanto maior a pontuação, mais a pessoa se veem como obesa. Também escolhe uma figura para o corpo que desejaría ter (IDEAL), quanto menor a pontuação, mais se considera a magreza um ideal de beleza. O grau de insatisfação corporal é dado pela diferença entre as figuras atual e ideal (número EU- número

IDEAL). Os valores variam entre -8 e 8 (valores positivos expressam desejo de ser mais magra e negativos, o desejo de ser mais gorda; zero corresponde a satisfação com o tamanho corporal atual) (KAKESHITA, 2008).

Stunkard (1993) encontrou boa validade geral da escala de silhuetas, e em um estudo atribuíram boa confiabilidade teste-reteste na seleção de figuras por mulheres.

4.5.10 Teste para avaliação do comportamento alimentar

4.5.11. Teste de atitudes alimentares (EAT-26)

O Eating Attitudes Teste-EAT foi elaborado por Garner e Garfinkel em 1979, e apresenta duas versões uma com 40 itens e outra menor, com 26 itens, a qual foi aplicada neste estudo.

O EAT-26 (ANEXO F) encontra-se traduzido para o português e validado na população brasileira (NUNES et al., 1994; BIGUETTI, 2003).

As questões são subdivididas em três escalas ou fatores:

1. Escala da dieta (D) com 13 questões, nº 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25 e reflete uma recusa patológica a comida de alto valor calórico e preocupação excessiva com a forma física.
2. Escala de bulimia e preocupação com os alimentos (B) com 6 questões, nº 3,4,9,18,21,26 e refere-se a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar o ganho de peso.
3. Escala de controle oral (CO) com 7 questões, nº 2,5,8,13,15,19,20 demonstra o autocontrole em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar (BIGUETTI, 2003).

Os autores do EAT-26 utilizam como ponto de corte um resultado maior que 21 pontos. No presente estudo também foi adotada esta proposta, sugerida pelos autores da validação do teste em português. Assim, escores maiores que 21 encontrados nos testes foram considerados positivos e confirmados à presença de atitudes alimentares de risco.

Caso contrário a adolescente teve seu teste considerado negativo para atitudes de risco para o desenvolvimento da bulimia e anorexia.

4.5.12 Avaliação antropométrica

4.5.13 Peso e altura

As adolescentes tiveram seu peso e sua altura (APÊNDICE E) mensurados para o cálculo do índice de massa corpórea (IMC). As medidas de peso e estatura foram obtidas em duplicatas pela autora da pesquisa, de acordo com normas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995). A estatura foi mensurada por meio de antropômetro milimetrado da marca Wood modelo transportável WCS com capacidade máxima de 215 cm, a adolescente em posição ortostática, pés descalços e unidos, mantendo os calcanhares e a região occipital em contato com a parte posterior da plataforma. A leitura da estatura foi realizada com o pulmão inflado (inspiração seguida de apneia). O peso foi medido com auxílio de balança eletrônica da marca Tanita modelo UM080 com precisão de capacidade 180kg e precisão 100g, com a adolescente utilizando somente as peças básicas do vestuário (camiseta/bermuda), retirando os sapatos e roupas pesadas, em posição ortostática, no centro da balança.

O IMC é definido como a relação entre o peso em quilogramas e a altura em metros elevada ao quadrado (kg/m²). O diagnóstico dos diferentes estados nutricionais foi investigado pelo IMC para a idade. Os pontos de corte utilizados neste estudo foram adaptados da OMS (1995) e Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (CDC/NCHS): baixo peso (<percentil 5); eutrofia (\geq percentil 5 e \leq percentil 85); sobrepeso ($>$ percentil 85 e \leq percentil 95); obesidade ($>$ percentil 95).

4.5.14. Análise Estatística

Inicialmente foi feita a análise descritiva dos dados. Estes foram analisados com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 18.0 (SPSS) e adotou-se um nível de significância de 5% ($p<0,05$). As variáveis categóricas foram analisadas segundo a frequência simples e percentual e para as quantitativas calculou-se

a média, desvio padrão. A análise comparativa dos dados quantitativos foi realizada pelo teste t para amostras pareadas ou pelo teste da ordenação sinalizada de pares combinados de Wilcoxon.

4.5.15 Limitações do estudo

Acredita-se que a escolha do tipo de estudo o desenho quase experimental tenha representado uma limitação em virtude do seu delineamento que inclui apenas um grupo experimental, sem grupo controle nem alocação aleatória, onde cada sujeito é seu próprio controle. Outro aspecto de critica ao método passa pela dificuldade em interpretar corretamente as mudanças ocorridas entre dois momentos temporais, onde se pergunta? Que se devem a ação ou se ocorreriam mesmo sem a mesma. No estudo, ainda houve um desequilíbrio entre os grupos com 7 perdas no reteste.

4.6 Etapa Qualitativa

4.6.1 Tipo de estudo

Esta etapa teve como objetivo principal o desenvolvimento de ação educativa de caráter interativo. Para tal optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, frente à natureza do fenômeno a ser estudado, assim, contribuindo para o seu maior entendimento. A pesquisa qualitativa preocupa-se essencialmente com o universo dos significados e percepções, aspirações, motivos e atitudes contribuindo para uma reflexão critica das práticas cotidianas dos cidadãos. Neste estudo especificamente a prevenção dos transtornos alimentares (MATHEUS; FUSTIONI, 2006).

Ainda sobre as pesquisas qualitativas Minayo (2010) reforça que esta abordagem também busca aprofundar o caráter social, os atos, e as relações que envolvem construções humanas que se encontram no plano subjetivo. E por se tratar de construções mentais pertencentes ao mundo do sujeito, não há necessidade de quantificá-las estatisticamente.

4.6.2 Plano amostral e sujeitos de estudo

A estratégia utilizada foi à amostragem proposital ou teórica. Flick (2009) descreve essa estratégia da seguinte maneira:

A amostragem teórica é o processo de coleta de dados para a geração de teoria por meio da qual o analista coleta, codifica e analisa seus dados, decidindo quais dados coletar a seguir e onde encontra-los, afim de desenvolver sua teoria quando esta surgir (FLICK, 2009, p. 118).

As adolescentes convidadas a participar da ação educativa preencheram aos critérios:

- alteração da imagem corporal e alterações do padrão alimentar identificadas através dos instrumentos da etapa quantitativa (ANEXOS D, E, F).

Os critérios de exclusão foram os mesmos da etapa quantitativa.

A escolha dessa população também foi ancorada na revisão da literatura realizada por de Dunker (2009). Seu estudo destaca que a maioria dos programas de prevenção utiliza uma abordagem primária (universal ou seletiva), apesar de muitos autores concluir e sugerirem em seus estudos que os programas devem ser direcionados para indivíduos de risco, por acreditarem que uma intervenção/ações nestes casos pode ter maior impacto, e trazer resultados mais positivos (ABASCAL et al., 2004; STICE; SHAW; MARTI, 2007). Participaram da ação educativa 15 adolescentes.

4.6.3. Desenvolvimento da ação educativa

Para concretizar a ação educativa foi utilizada a Metodologia da Problematização, fundamentada pelo método do Arco de Maguerez. Essa metodologia foi pela primeira vez referenciada por Charles Maguerez, do qual conhecemos o esquema apresentado por Bordenave e Pereira em 1977 que incentiva a participação ativa dos sujeitos, considera o seu contexto de vida, a sua história e experiências, respeitando o ritmo de aprendizado de cada um (BERBEL; COLOMBO, 2007).

O diagrama representativo desta metodologia, conhecida como Método do Arco de Maguerez, esquematizada na figura 2 traz como ponto de partida a observação da

realidade, de maneira ampla, atenta, em que se busca identificar o que precisa ser trabalhado, investigado, corrigido, aperfeiçoado. A partir dos aspectos verificados, são eleitos problemas a serem estudados. A segunda etapa é a identificação dos pontos-chave, quando se define o que vai ser estudado a respeito do problema. A teorização, terceira etapa, consiste na investigação aprofundada dos pontos-chave definidos. É nesta etapa que se incentivam leituras de pesquisas e estudos a fim de buscar o esclarecimento da situação-problema (BERBEL; COLOMBO, 2007).

Depois do aprofundamento teórico, com análise e discussão do problema, procede-se à elaboração de pressupostos ou hipóteses de solução. Na quarta etapa, os participantes utilizam sua criatividade para realizar mudanças no contexto observado. A quinta etapa é a aplicação à realidade, em que as soluções viáveis são implementadas e aplicadas com a finalidade da transformação, mesmo que pequena (BERBEL; COLOMBO, 2007).

Portanto, tendo a realidade social como ponto de partida e como ponto de chegada o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la (BORDENAVE; PEREIRA, 1999).

4.6.4. Trajetória da aplicação do método do arco

Observação da realidade -1^a etapa do método do arco

No primeiro encontro com as adolescentes foi apresentada a metodologia de trabalho. Para esta etapa que consistia na observação da realidade, utilizamos como recurso audiovisual um filme de uma grande empresa de cosmético para argumentar com as jovens sobre a autoimagem. Naquele momento as adolescentes relataram um pouco das suas próprias insatisfações através de uma dinâmica, onde apontaram que a insatisfação corporal e a mídia, faz com que busquemos uma beleza que é inatingível a maioria das pessoas.

Definição dos pontos-chave-2^a etapa do método do arco

Nesta etapa foram identificados os pontos-chave a serem estudados e discutidos. As adolescentes levantaram como relevantes à discussão: a alimentação saudável na adolescência, os exercícios físicos, insatisfação corporal e autoestima.

Teorização-3^a etapa do método do arco

Na terceira etapa, ocorreu a discussão das temáticas elencadas pelas adolescentes. Devido à pluralidade das temáticas a problematização se deu através de vários recursos como: filmes, artigos de revistas, programas de televisão, visita ao refeitório da escola. Ao final das discussões, as jovens sistematizaram as ideias centrais geradas pelos grupos. E reelaboraram conceitos, mitos e crenças sobre alimentação no período da adolescência, prática de exercícios físicos e beleza.

Elaboração da hipótese de solução-4^a etapa do método do arco

Nesta etapa as adolescentes apontaram possibilidades para a prevenção dos transtornos alimentares na escola. Respeitando a realidade e as condições da comunidade escolar. Assim cartazes, uma peça e um perfil em rede social foram criados pelas meninas, alertando sobre os riscos de uma má alimentação, dos exercícios físicos em excesso, o uso de substâncias sem orientação profissional e dicas para melhoria da autoestima na adolescência.

Aplicação à realidade-5^a etapa do método do arco

A última etapa do método foi à divulgação do material produzido pelas adolescentes na ação educativa à comunidade escolar, com cartazes afixados nos corredores de maior circulação da escola, uma dramatização foi apresentada a professores e alunos, criação de perfil em rede social sugerindo alimentos e receitas saudáveis para adolescentes. Durante essa etapa foi realizada uma reflexão com as adolescentes, que sugeriram manter a discussão sobre os transtornos alimentares, incluindo outros temas: como bullying, discriminação de cor e relação familiar que pelo

conceito construído pelo grupo também poderiam contribuir com o aparecimento dos transtornos alimentares.

Figura 2: Representação gráfica do método do arco, com etapas correspondentes da ação educativa sobre a prevenção dos transtornos alimentares.



Fonte: adaptado do google imagens.

A coleta de dados se deu através da formação de um grupo operativo, tecnologia desenvolvida pelo psicanalista argentino Pichon-Rivière (2007). O grupo operativo é constituído de pessoas reunidas com um objetivo comum, o grupo centrado na tarefa, mobilizado a aprender a pensar em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas num modo grupal, isto é, para que pessoas que compartilham um mesmo espaço constituam um grupo, é necessário vinculação e interação, no sentido de um objetivo comum (RIVIÈRE 1986 apud LUCCHESE; BARROS, 2007). As autoras explicam que tarefa é um conceito pichoniano e se trata do caminho percorrido pelo grupo para alcançar os objetivos propostos. É a operatividade do grupo, pelas apropriações de saberes e pelo nível de aprendizagem dos integrantes, bem como os instrumentos mobilizados no processo de aprender a realidade (LUCCHESE; BARROS, 2007).

Leopardi et al. (2001) relatam que o grupo operativo tem sido utilizado na área da saúde pela facilidade de obtenção de dados, pois a discussão é centrada em um tema específico, e com um nível maior de profundidade em um curto período de tempo. E explicam apenas ser necessário um moderador e um observador, todos os demais critérios de constituição dos grupos focais devem ser coerentes com os objetivos de pesquisa previamente definidos não existindo rigidez quanto a duração e número de participantes.

4.6.5 A formação do grupo operativo

A operacionalização do grupo operativo, desde dimensão do grupo, tempo duração dos encontros, números de encontros, escolha e organização de local e planejamento do grupo focal, competências e características fundamentais do moderador e do observador e compromisso ético foram respaldadas nos trabalhos de Leopardi et al. (2001), Ressel (2003) Kind (2004), Lucchese; Barros (2007); Pereira (2013). Esclareço que foi utilizado o termo “encontros” no sentido da reunião do grupo focal.

Participaram de toda a ação um mediador (pesquisador) um observador externo (colaborador da pesquisa), e alguns membros da comunidade escolar (professores, coordenadores e assistente social). Estes foram essenciais para esta fase da pesquisa, pois serviram de divulgadores da pesquisa e de mediadores no processo de recrutamento das adolescentes. Com a colaboração dos professores, as adolescentes recrutadas possuíam um nível de comprometimento e liderança em seus grupos. Acreditando-se que estas poderiam se tornar agentes multiplicadoras das informações apreendidas na ação educativa. O processo de recrutamento se deu em maio de 2013.

Nesta ação educativa 11 encontros interativos foram realizados com as adolescentes nos meses de agosto e setembro de 2013, com média de 12 adolescentes. Os encontros aconteciam durante o horário de intervalo do período da manhã para a tarde após o almoço duas vezes na semana, com duração de 60 minutos, sempre na sala de vídeo da escola. Todos os encontros foram filmados para melhor aproveitamento do material na análise.

As escolhas dos temas desenvolvidos emergiram de situação problema, filmes sobre a temática e textos de revistas direcionadas aos adolescentes. As temáticas apontadas e discutidas pelo grupo foram: alimentação saudável na adolescência, exercícios físicos, insatisfação corporal e autoestima.

Segundo orientação de Leopardi et al. (2001), Ressel (2003) Kind (2004), Lucchese e Barros (2007); Pereira (2013) o ambiente dos encontros deve ser agradável, confortável e acolhedor e descontraído. Buscando-se assegurar este clima, a autora chegava com antecedência ao local para prepara-lo. Em todos os encontros as adolescentes foram recebidas com músicas, e mesa com um pequeno lanche.

As sessões detalhadas estão apresentadas por temática e descritas com a seguinte organização: ordem crescente dos encontros, participantes, temática, objetivos e descrição das atividades.

Encontro 1
Adolescentes: 13 Professores: 02
Temática: Integração do grupo entre si e com as pesquisadoras e a discussão de autoimagem.
Objetivo: Promover o conhecimento do grupo entre si com os pesquisadores e responder ao questionamento: será que eu me vejo da mesma maneira que o outro me vê?
Descrição da atividade: Em círculo houve a apresentação dos objetivos da pesquisa e das pesquisadoras, enquanto as adolescentes foram convidadas a dizer seus nomes e suas idades. Após as apresentações, em folhas de papel ofício as adolescentes foram orientadas a se descreverem como se estivessem fazendo os seus autorretratos, atividade essa que algumas disseram achar difícil, se descrever. Em seguida, as jovens descreveram a colega que se encontrava do seu lado direito. Dando continuidade ao final, foi solicitado que as adolescentes lessem seus autorretratos e também quem as descreveu. Percebeu-se que as adolescentes ao se descreverem foram bastantes críticas falaram que eram gordinhas, que tinham espinhas, enquanto que a descrição de suas colegas destacaram aspectos positivos como: sorriso largo, cabelos que combinavam com as mesmas. Encerrada a leitura dos autorretratos um filme intitulado autorretrato com

duração de 8 minutos da empresa de higiene Dove foi exibido, durante o filme as adolescentes reconheceram que haviam realizado uma atividade semelhante ao que o filme mostrava. Ao final do filme concluíram que de um modo em geral “somos insatisfeitos com o que vemos no espelho” e que sempre “achamos defeitos na nossa aparência”. Uma pergunta foi deixada para reflexão: - o que eu faria para ficar mais bonita?

Encontro 2
Adolescentes: 12 Professor: 01
Temática: Mídia e beleza.
Objetivo: Compreender a forte influência da mídia sobre os padrões de beleza.
Descrição da atividade: Uma pesquisa realizada pela empresa Dove de produtos de higiene identificou as nacionalidades de mulheres que estão mais insatisfeitas consigo mesmas, e o porquê dessa insatisfação. A pesquisa concluiu que Japonesas, brasileiras e americanas eram as mais insatisfeitas. Somente 2% se achavam realmente bonitas, 50% das mulheres acreditavam que estavam acima do peso, 68% acreditavam que a mídia utiliza padrões irreais e inatingíveis de beleza e 75% querem que a mídia retrate a beleza com pessoas normais. As adolescentes foram divididas em 3 grupos com 4 pessoas, uma folha de papel 40kg foi entregue aos grupos e targetas nas cores azul e verde. Após 20 minutos de discussão escreveram nas targetas azuis o que elas fariam para ficar mais bonitas e nas targetas verdes o que elas observam que as pessoas fazem para ficarem bonitas e colando em seguida na folha de papel em branco. Nas targetas azuis : -dava uma progressiva no cabelo; -colocaria lentes de contato; -faria regime; -perderia a barriga; -pintava meu cabelo; -me alimentaria melhor;

- diminuiria meu nariz;
- spa;
- academia;
- praticar exercícios;
- fazer as unhas;
- cuidar da pele;
- ter cuidado com a saúde;
- ficaria menos tempo no computador e faria mais exercícios;
- me alimentaria menos;
- comer alimentos mais saudáveis, que te deixam com o corpo padrão;

Nas targetas **verdes**:

- cirurgia plástica;
- usam maquiagem em excesso;
- praticam exercício;
- Fazem musculação;
- usam remédios;
- dietas malucas;
- cuidam das unhas;
- fazem escova progressiva;
- tem higiene;
- andam na moda;
- alimentação regular;
- colocam silicone;
- produtos rejuvenescedores;
- usam botox;
- cuidado com os dentes;

Após a apresentação muitas adolescentes disseram que se identificaram com as mulheres ouvidas na pesquisa, e também concordaram que na tv existe um predomínio de mulheres altas, loiras e muito magras.

Encontro 3

Alunas: 12

Professores: 01

Temática:

Vaidade sem limites.

Objetivo:

Discutir qual o limite da “vaidade” e da preocupação com os padrões estéticos.

Descrição da atividade:

Antes de iniciar a discussão uma dinâmica de grupo foi realizada durante 5 minutos para ajudar na interação das adolescentes.

Um texto com uma situação problema criado pelas autoras vivenciado por uma adolescente foi distribuído a todas. Continuando foi pedido que listassem num mural os problemas identificados nessa pequena história. As alunas foram divididas em 3 grupos identificados por cores.

O grupo 1(rosa) identificou os seguintes problemas:

Perda de peso, a fome, a prova de matemática, insatisfação com o corpo, o mau humor, por causa do mau humor ficou sem atenção das amigas, a cada dia se sentia fraca, sonolenta, tinha dores de estômago e cabeça constantemente, desmaio, dieta da lua encontrada na internet, vestido que tinha desde os 12 anos, o susto que deu nas amigas, roupa que iria usar, utilizar a internet, tratava mal a família, se alimentava apenas de fruta, com estômago vazio tomava coca-cola, explode e dá grito na melhor amiga, gostava de Anitta.

O Grupo 2 (azul) encontrou:

Insatisfação como corpo, dieta sem consulta, agressividade, fraqueza, descaso com os estudos, dores, descontrole emocional, anorexia, desmaio, desinteresse familiar, mau humor.

E o grupo 3(amarelo):

O não agrado com a roupa, a dieta da lua, alimentos e líquidos ácidos enquanto sentia forte dor de estômago, desatenta aos alertas dados por seu corpo, falta de concentração, sono, mau humor, fraca, sonolenta, chata, desatenta, ignorante, impaciência, preocupação, insatisfação com seu físico, a fome, ela estava meio cega fechando os olhos para a realidade, fez uso de um vestido de quando ela tinha 12 anos e colocou na sua cabeça que deveria chegar a esta meta.

Ao final da exposição dos grupos as meninas concluíram que o principal problema da adolescente protagonista da história era a insatisfação corporal.

Encontro 4
Adolescentes: 12 Professores: 02
Temática:
Experimentando alimentos.
Objetivo:
Experimentar alimentos e identifica-los.
Descrição da atividade:
<p>Um desafio gastronômico foi proposto as adolescentes, que de olhos vendados deveriam adivinhar o que estavam provando e comer toda porção do desafio, todas quiseram participar. Os alimentos foram granola, brócolis, cenoura, kiwi, morango, ovo cozido, iogurte natural, abacaxi e chocolate. Uma adolescente disse que nunca havia comido brócolis e que do jeito que foi apresentado estava bom que ia incluir em seu cardápio. Outra não gostava muito de frutas e que experimentar de olhos vendados foi bom, e que tentaria comer mais frutas. Uma das adolescentes disse que nunca comia cenoura, mas como a amiga disse que estava gostosa decidiu comer um pouco e gostou.</p> <p>Para o próximo encontro as adolescentes deveriam trazer fotografias de suas próximas refeições, em especial as que realizavam fora da escola.</p>

Encontro 5
Adolescentes: 13 Professores: 02
Temática:
Diferenças nutricionais entre os alimentos.
Objetivo:
Conhecer as diferenças entre os grupos de alimentos e refletir sobre as melhores escolhas.
Descrição da atividade:
<p>As fotografias foram apresentadas. Durante esse momento a pirâmide alimentar foi mostrada em projeção e brevemente explicada, elas afirmaram que já conheciam da aula de programação de saúde. Algumas refeições foram escolhidas pelas adolescentes por conter alimentos pouco nutritivos e algumas substituições foram propostas. Assim, o hambúrguer foi substituído por sanduiche natural, um prato de macarrão com arroz o macarrão foi substituído por salada crua, o chocolate foi trocado por uma fruta, o</p>

macarrão instantâneo foi substituído por batata doce. Após essa atividade as adolescentes foram ao refeitório da escola e em grupos montaram lanches saudáveis. As adolescentes fizeram salada de frutas, sanduiche com queijo branco e iogurte com frutas.

Encontro 6

Adolescentes: 13

Professores: 01

Temática:

Como a melhoria da autoestima pode melhorar a satisfação corporal.

Objetivo:

Refletir sobre os padrões de beleza e a auto percepção corporal.

Descrição da atividade:

Iniciamos o encontro com a dinâmica para quem você tira o chapéu, que tinha como objetivo estimular a autoestima das adolescentes. Nessa dinâmica um espelho estava colado no chapéu e a adolescente deveria responder ao questionamento: - Você tira o chapéu para essa pessoa? Por quê?

Muitos risos e rostos vermelhos das adolescentes ao se verem e quando falaram de si mesmas. Algumas tiveram dificuldade em se expressar, disseram que foi difícil e uma adolescente não conseguiu falar, não se sentiu a vontade e parecia querer chorar e afirmou que não se sentia bem em falar sobre ela.

Ao final da dinâmica um vídeo com 12 minutos foi exibido. O vídeo foi um episódio do programa “pé na rua”, da tv cultura voltado para o público adolescente. Nesse episódio o tema foi: você trocaria de corpo com alguém? O filme mostrava os problemas de um adolescente do sexo masculino que trocava de corpo com uma menina e os incômodos dessa nova condição. O filme é intercalado com a opinião de adolescentes anônimos sobre o tema. Após a exibição do filme as meninas comentaram que seria ruim ser outra pessoa, mas 6 adolescentes disseram desejar trocar de corpo especificamente com alguém mais magros que as mesmas.

Encontro 7

Adolescentes: 13

Professores: 02

Temática: Como a melhoria da autoestima pode melhorar a aceitação corporal.
Objetivo: Refletir sobre os diferentes tipos de beleza e características pessoais de ser adolescente.
Descrição da atividade: <p>Textos das revistas Atrevida e Capricho foram lidos pelas adolescentes em grupo. Os textos traziam depoimentos de adolescentes que eram insatisfeitos com seus corpos e aparência, e as consequências que essa insatisfação lhes trouxe. A atividade tinha como objetivo discutir a importância da auto aceitação e os malefícios que a insatisfação poderia trazer a vida delas. As adolescentes decidiram criar um pequeno manual da aceitação que incentivava a autoestima para divulgação na escola. As frases escolhidas foram:</p> <ul style="list-style-type: none">-Eu sou eu, o outro é o outro;-A beleza tem formas e cores diferentes;-Sou linda desse jeito;-Sou mais que um rostinho lindo, tenho muitas qualidades.

Encontro 8
Adolescentes: 07 Professores: 00
Temática: Atividade física.
Objetivo: Desconstruir mitos relacionados a prática dos exercícios físicos.
-Descrição da atividade <p>Apenas 7 adolescentes participaram desse encontro, pois houve reunião de pais e mestres. Uma gincana sobre mitos dos exercícios físicos foi proposta as jovens. As adolescentes foram divididas em dois grupos e o grupo que acertasse o maior número de respostas levaria como prêmio chocolates (contribuindo para a não exclusão absoluta de determinados alimentos). As alunas ausentes foram incluídas aleatoriamente nos dois grupos. O material selecionado pelas pesquisadoras para discussão foi retirado de revistas direcionadas a adolescentes e de sites também voltados para este público. As meninas, após leitura e discussão dos textos construiriam um mural com os mitos e as verdades sobre os exercícios físicos. A discussão e o</p>

encerramento da gincana ficaram para o próximo encontro.

Encontro 9

Adolescentes: 14

Professores: 01

Temática:

Atividade física.

Objetivo:

Desconstruir mitos relacionados à prática dos exercícios físicos.

Descrição da atividade:

Uma dinâmica de aquecimento foi realizada antes da discussão sobre os mitos dos exercícios físicos. A dinâmica tinha como objetivo ressaltar as características marcantes das adolescentes, como a mais brincalhona, a mais namoradeira, a mais companheira etc...

Após a dinâmica a discussão é iniciada e as adolescentes concluíram como mitos relacionados ao exercício físico:

- Músculos grandes são músculos fortes;
- Mulher não pode fazer musculação senão fica com corpo masculino;
- Quanto maior a dor após o exercício, melhor o resultado;
- Como quero perder peso, o ideal é fazer exercício sem comer;
- Abdominais queimam barriga;
- Não se deve beber água durante o exercício físico;
- Fazer atividades físicas requer muito tempo;
- Quanto mais suor, mais se emagrece;
- As atividades só funcionam na academia;
- Quem é magro não precisa realizar atividade física;

Vários benefícios dos exercícios físicos foram ressaltados pelas adolescentes durante a discussão da temática. Durante a atividade surge a dúvida sobre a necessidade da ingestão de substâncias que teoricamente contribuiriam para o ganho de massa muscular e redução de peso (suplementos e termogênicos respectivamente), o que não foi estimulada pela pesquisadora tendo em vista que tais substâncias ainda necessitam de estudos, para a comprovação da eficácia.

Encontro 10
Adolescentes: 15 Professores: 8
Temática:
Como posso contribuir para sermos mais felizes como somos.
Objetivo:
Socializar a vivência do grupo em favor da comunidade escolar.
Descrição da atividade:
<p>Durante uma semana as adolescentes prepararam uma ação educativa para alertar a comunidade escolar dos riscos dos transtornos alimentares. A proposta foi voltada para autoestima e insatisfação corporal, dividida em 3 grupos.</p> <p>O primeiro grupo montou um perfil no facebook denominado de foodbook onde promoveriam fóruns sobre boa alimentação e dariam dicas sobre alimentação na adolescência. No momento da apresentação o perfil continha receitas de lanches rápidos e saudáveis. O segundo grupo confeccionou cartazes inspirado nas placas de trânsito com frases sobre autoestima e aceitação corporal, alguns já estavam nos corredores da escola. O terceiro grupo encenou uma peça cuja história se passava numa academia e retratava a saga de uma adolescente obcecada pela forma física. Ressaltando também como essa adolescente se prejudicou realizando exercícios e fazendo uso de substâncias para perda de peso sem orientação profissional.</p>

Encontro 11
Adolescentes: 15 Professores: 03
Temática:
Avaliação da atividade educativa.
Objetivo:
Avaliar a participação na ação educativa e a construção do conhecimento.
Descrição da atividade:
<p>De uma forma geral as adolescentes acharam que foi positiva a ação educativa, ressaltou a metodologia interativa como um ponto importante, fazendo com que elas se sentissem muito a vontade para se expressarem. Falaram que poderia haver mais sessões, e que alguns temas poderiam ser discutidos como: o bullying, discriminação</p>

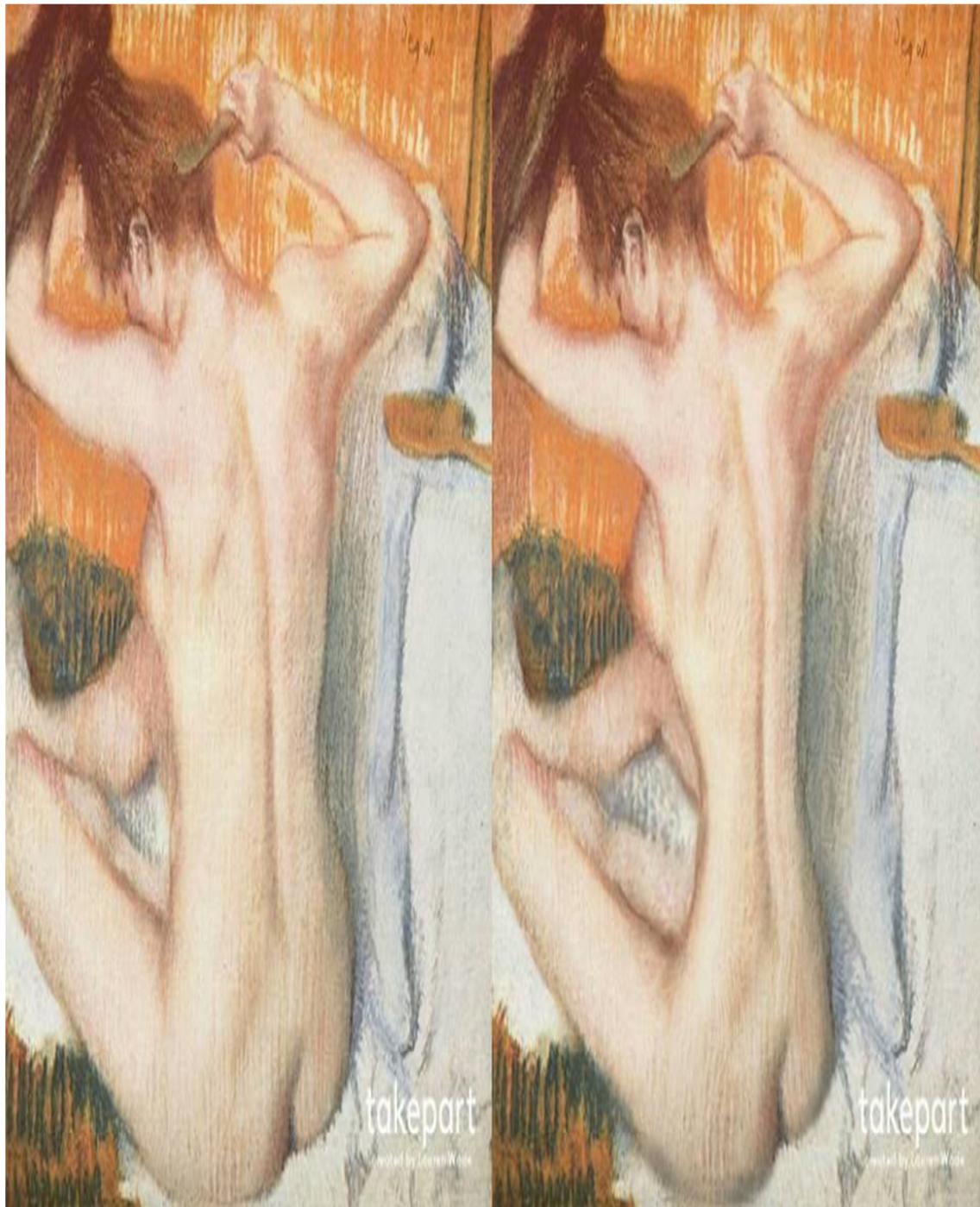
de cor e relação familiar, pois na opinião delas também levariam a problemas de auto aceitação. A coordenação e professores se propuseram a apoiar as adolescentes na divulgação desses temas, que as mesmas consideravam muito importantes. Após esse momento de reflexão houve uma pequena confraternização com um lanche oferecido pelas pesquisadoras às alunas participantes e aos professores.

4.6.6 Análise dos discursos

A técnica utilizada foi à análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Bardin (2009), por ser rápida eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples. A autora define a análise de conteúdo como: uma técnica de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam as inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepções dessas mensagens.

A análise de conteúdo se estrutura em três etapas: a pré-análise, a exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação, e que necessariamente não acontecem em ordem cronológica. A pré-análise corresponde à fase de organização e sistematização das ideias iniciais. A exploração do material é uma fase considerada longa que consiste essencialmente de operações, codificações e transformações do mesmo em núcleos de compreensão (BARDIN, 2009).

Na modalidade temática após leituras do material pesquisado deve se proceder à categorização, que pode ser definida como: a classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo analogia. Após essa etapa segue-se a subcategorização que visa por em destaque, dentro de um grande tópico (a categorização), outros tópicos que merecem discussão, porém guardam certa dependência temática com o amplo tópico (BARDIN, 2009).



“La Toilette” (1884-1886) de Edgar Degas

5 Artigos Originais

Impacto de uma ação educativa no cenário escolar na percepção corporal e comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino

Resumo

Objetivo: averiguar mudanças na percepção corporal e comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino após ação educativa no cenário escolar.

Métodos: estudo de intervenção prospectivo quase experimental desenvolvido em três fases. Na Fase 1, um estudo quantitativo foi realizado para identificar adolescentes com alterações da autoimagem/ e ou comportamento alimentar de risco. Na Fase 2, uma ação educativa interativa e problematizadora foi realizada, utilizando-se o grupo operativo. Na Fase 3, os testes de rastreio para insatisfação corporal e risco para transtornos alimentares foram reaplicados para avaliar mudanças na percepção corporal e comportamento alimentar das adolescentes.

Resultados: houve mudança na satisfação corporal e redução do comportamento alimentar de risco, com diferença estatisticamente significativa entre as duas fases da pesquisa. Mais de 63% das adolescentes estão insatisfeitas com sua aparência desejando serem mais magras, mesmo com IMC considerado adequado para sua idade.

Conclusão: a ação educativa construída pelo método da problematização se mostrou eficaz na melhoria da autoimagem e no comportamento alimentar entre as adolescentes de risco para os transtornos alimentares.

Descritores: Transtornos alimentares, Prevenção, Adolescentes.

Impact of an educational activity in the school setting in body perception and eating behavior in adolescent females

Abstract

Objective: Investigate changes on the body perception and the eating behavior on female adolescents after educative action on the school environment.

Methods: Study of almost experimental prospective intervention developed in three phases. On Phase 1, a quantitative study was conducted to identify adolescents with distorted self-image and/or risky eating behavior. On Phase 2, an interactive and problematizing educative action was made, using the operative group. On Phase 3, the track tests for body dissatisfaction and risk for eating disorders were re-applied to evaluate changes on the body perception and eating behavior of the adolescents.

Results: There was change on the body satisfaction and reduction on the risky eating behavior and a statistically meaningful change between the two phases of the research. More than 63% of the adolescents are not satisfied with their appearances, wishing to be thinner, even with the considered adequate BMI for their age.

Conclusion: The educative action made by the problematizing method was efficient to improve the self-image and the eating behavior between the adolescents at risk for eating disorders.

Key words: Eating disorders, Prevention, Educative Action, Adolescent.

Introdução

Os Transtornos Alimentares (TAs) são um problema de saúde, que envolve aspectos físicos e mentais, caracterizados por alterações no comportamento alimentar e apresenta-se com alta frequência entre as mulheres jovens (Smink; Hoeken & Hoek, 2012). A prevalência dessas patologias é relativamente baixa, porém, vêm aumentando em países desenvolvidos e em desenvolvimento como o Brasil. Esses podem ser considerados como um problema de saúde pública em razão das consequências para a saúde do indivíduo e o custo para os países e sociedade, pois a cronicidade destes transtornos torna o tratamento demorado e difícil (Dunker, 2009; Stice, Becker & Yokum 2013). Estudos de prevalência de base populacional sobre transtornos alimentares no Brasil ainda são raros, contudo, vários autores brasileiros tem encontrado um percentual significativo de adolescentes com insatisfação corporal e escores de risco em testes de rastreio para os transtornos alimentares. Outro dado que chama a atenção nesses estudos é o grande número de meninas eutróficas que se encontra em dieta (Cubrelati et al., 2014; Dunker, Philippi, & Ikeda 2010; Lima; Rosa & Rosa, 2012; Martins, et al., 2010).

O ambiente social e cultural em que os indivíduos vivem parece influenciar a ocorrência de transtornos alimentares. As sociedades ocidentais modernas convergem para tais condições. As mudanças às quais estas sociedades passaram principalmente no que se refere ao papel da mulher ao longo dos anos têm influenciando no aumento dos distúrbios de comportamento, e transtornos alimentares. No início do século XX uma mulher ideal era dedicada exclusivamente aos aspectos domésticos. Enquanto que na atualidade, em um ambiente sociocultural que supervaloriza a beleza e que considera a figura esguia um componente fundamental de tal beleza, as mulheres internalizam esses ideais. Esse fenômeno também pode ser observado em populações não ocidentais como

a asiática e árabe (Mond, Chen & Kumar, 2010; Schulte & Thomas, 2013). O bombardeio visual de figuras femininas através da mídia gera expectativas irrealistas para a maioria das mulheres, especialmente entre as adolescentes, o que favorece a insatisfação quando não conseguem alcançá-la (Bojorquez, et al, 2013).

A adolescência é a faixa etária em que os indivíduos sofrem mudanças físicas, psicológicas e comportamentais, sendo a preocupação com o corpo muito evidente, além de que são mais influenciados por padrões estéticos corporais em curso e, portanto, se encontram vulneráveis aos transtornos alimentares (Philippi & Alvarenga, 2004). Os transtornos alimentares estão comumente associados à insatisfação com a imagem corporal e durante a adolescência é comum certa insegurança em relação ao próprio corpo. A imagem corporal é um construto multidimensional que envolve percepção, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e a diferença entre a aparência real e a ideal, pode resultar em insatisfação com a imagem corporal. Onde certos graus de insatisfação podem causar interferência no funcionamento cotidiano, ou seja, em níveis psicopatológicos (Conrado, 2008).

Adolescentes insatisfeitas com a imagem corporal podem adotar comportamentos alimentares e práticas de controle de peso inadequadas, como uso de diuréticos, laxantes, autoindução de vômitos, realização de atividade física extenuante, entre outros. Essas adolescentes apresentam maior risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares quando comparadas às adolescentes satisfeitas com sua imagem corporal (Alves, et al., 2008). Ainda sobre os transtornos alimentares refere-se maior ocorrência desses entre modelos, atores, bailarinos, atletas e jóqueis, para os quais a imagem/peso corporal influencia o sucesso profissional. Além de indivíduos de maior poder aquisitivo, porém recentemente questiona-se essa relação e que talvez ela não seja tão consistente quanto parecia ser. Restrição monetária implica em limitações,

insegurança e estresse, ou seja, condições onde o bem-estar físico e mental pode ser afetado (Prisco, et al., 2013).

No Brasil centros especializados para o diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares são raros, o que faz com que o diagnóstico seja tardio e muitos indivíduos não recebam tratamento eficaz, sendo assim, é de relevância para a saúde pública e para a sociedade desenvolver e disseminar programas eficazes de prevenção. Este estudo teve como objetivo averiguar mudanças na percepção corporal e comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino após a implementação de uma ação educativa no cenário escolar.

Métodos

O presente estudo caracteriza-se como quase experimental prospectivo, comparativo, do tipo antes e depois de uma ação educativa, desenvolvido em uma escola pública de ensino médio em Recife-PE nordeste do Brasil no período de abril de 2012 a novembro de 2013, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Agamenon Magalhães sob número de protocolo 0224.0.236.000-11.

O estudo foi realizado em 3(três) fases:

1- Recrutamento das adolescentes e identificação de risco para os transtornos alimentares através de testes para esta finalidade; 2- Ação educativa; 3-Reaplicação dos testes de imagem e percepção corporais e de avaliação do comportamento alimentar.

1- Recrutamento das adolescentes e identificação de risco para os transtornos alimentares:

Foram convidadas a participar do estudo 130 adolescentes do sexo feminino (universo de alunas do primeiro e segundo ano do ensino médio), 102 aceitaram participar após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de seus responsáveis as mesmas assinaram o de Assentimento. Para identificação de adolescentes com comportamento de risco alimentar para transtornos alimentares foi usada à versão brasileira do Eating Attitudes Test-EAT-26, os autores do teste utilizam como ponto de corte um resultado maior que 21 pontos. No presente estudo foi adotada esta proposta, também sugerida pelos autores da validação do teste em português (Biguetti, 2003). Assim, escores maiores que 21 nos testes foram positivos à presença de atitudes alimentares de risco. Para a avaliação das alterações na imagem e do nível de satisfação das adolescentes com relação à sua imagem corporal foi utilizado o Body

Shape Questionnaire-BSQ 34 e as escalas de silhuetas. O BSQ consta de 34 itens a soma dos pontos obtidos no teste permite classificar o nível de preocupação com a imagem corporal da seguinte maneira: Somatório menor ou igual a oitenta pontos (80) será considerado padrão de normalidade e tido como ausência de distorção da imagem corporal. Somatório entre oitenta e um pontos (81) e cento e dez pontos (110) será um indicador de leve distorção da imagem corporal. Somatório entre cento e onze pontos (111) e cento e quarenta pontos (140) será indicador de moderada distorção da imagem corporal. Somatório superior a cento e quarenta pontos (140) tratar-se-á de indicação grave distorção da imagem corporal (Di Pietro, 2002).

A percepção da imagem corporal foi obtidas com a utilização da escala de nove silhuetas corporais proposta por Stunkard et al.(1993). O conjunto de silhuetas era mostrado as adolescentes, as quais respondiam a duas perguntas: Qual a silhueta que melhor representa a sua aparência corporal atual (real)? Qual é a silhueta corporal que você gostaria de ter (ideal)? Quando a variação entre a silhueta real e a ideal era igual à zero, as adolescentes eram classificadas como satisfeitas; e se diferente de zero, insatisfeitas. Caso a diferença fosse positiva (real - ideal), era uma insatisfação pelo desejo de emagrecer e, quando negativa, uma insatisfação pelo desejo de engordar. Os dados antropométricos (peso e altura) também foram colhidos para cálculo de Índice de Massa Corpórea (IMC) para adolescentes segundo Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995). Todas as adolescentes responderam também a um questionário estruturado para caracterização da amostra com perguntas sobre dados sócio-econômicos, conhecimento sobre tratamentos estéticos, padrão de beleza e conhecimento sobre os transtornos alimentares. Foram identificadas 69 adolescentes de risco, a maioria com escores limítrofes nos testes BSQ-34 e EAT-26.

2-Ação educativa:

A intervenção educativa teve um caráter interativo e lúdico, onde foi utilizada a técnica de grupo operativo com a participação de 15 meninas de risco para transtornos alimentares identificadas na fase anterior. Foram realizados 11 encontros com duração média de 1 hora, duas vezes na semana, com uma média de 12 participantes por sessão. Participaram ainda dessa fase um mediador (pesquisador) um observador externo (pesquisador), e membros da comunidade escolar (professores, coordenadores e assistente social). A estratégia metodológica usada foi aprendizagem problematizadora, fundamentada pelo método do Arco de Maguerez que tem a realidade social como ponto de partida e como ponto de chegada, onde o aprendiz usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la (Bordenave, 1999). Assim, aprendizagem ativa ocorre quando o aprendiz interage com o assunto em estudo – ouvindo, falando, perguntando, discutindo, fazendo e ensinando – sendo estimulado a construir o conhecimento ao invés de recebê-lo de forma passiva do professor. Em um ambiente de aprendizagem ativa, o professor atua como orientador, supervisor, facilitador do processo de aprendizagem, e não apenas como fonte única de informação e conhecimento (Barbosa & Moura, 2013).

Para a ação educativa foram utilizadas situações problemas como disparadoras para elencar as temáticas de discussão, além de filmes, programas de TV e textos de publicações adolescentes. Assim, emergiram os temas: boas práticas alimentares na adolescência, exercícios físicos e autoestima. A descrição das atividades da ação educativa estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1- Descrição da ação educativa. Recife, 2013.

Encontro	Objetivo	Descrição da atividade
1	Promover o conhecimento do grupo entre si e com os	Roda de apresentação. Em uma folha de papel descreveram como se vêm diante do

	pesquisadores e responder ao questionamento: me vejo da mesma maneira que o outro me vê?	espelho, após esse momento uma adolescente descreveu a outra. Nesta etapa as adolescentes refletiram sobre a sua imagem corporal e, como a insatisfação com a aparência afeta as pessoas.
2	Compreender a forte influência da mídia sobre padrões de beleza.	As adolescentes listaram em papeis coloridos as características das mulheres que aparecem nos filmes publicitários brasileiros. E o que elas estariam dispostas a fazer para se tornarem mais belas.
3	Discutir qual o limite da “vaidade” e da preocupação com os padrões estéticos.	Através de um texto sobre uma situação problema vivido por uma adolescente, listaram atitudes que são cometidos em prol da beleza (citando que cirurgias plásticas desnecessárias e continuas são muito realizadas assim como dietas restritivas). Refletiram também quais os danos que tais atitudes poderiam trazer a saúde.
4	Experimentar alimentos e identifica-los.	De olhos vendados as adolescentes provaram alimentos da pirâmide alimentar brasileira. Tendo algumas, experimentando pela primeira determinados legumes. As adolescentes saíram do encontro com a demanda de fotografar suas proximas refeições em particular as que faziam fora da escola.
5	Conhecer as diferenças entre os grupos de alimentos e refletir sobre as melhores escolhas.	As fotografias das refeições foram apresentadas e discutiu-se que substituições poderiam ser realizadas para torna-las mais nutritivas. No refeitório da escola as adolescentes identificaram os alimentos da pirâmide alimentar e montaram um lanche saudável.

6	Refletir os padrões de beleza e a auto percepção corporal.	Foi oferecido as adolescentes um chapéu com espelho em seu interior e ao verem sua imagem refletida deveriam falar sobre as suas principais qualidades. Depois desta atividade um filme foi apresentado sobre as aventuras e dificuldades vivenciadas por um adolescente que troca de corpo. Após, o mesmo uma discussão com os desdobramentos do filme foi realizada.
7	Refletir sobre os diferentes tipos de beleza e características pessoais de ser adolescente.	Textos de revistas para adolescentes com várias histórias de insatisfação corporal foram lidos. As adolescentes criaram um pequeno manual para a auto aceitação, enfatizando: que não se deve preocupar tanto com o que o outro diz, é importante compreender que as belezas são diferentes, que devemos nos aceitar e possuímos qualidades.
8	Desconstruir mitos relacionados à prática dos exercícios físicos.	As adolescentes foram divididas em dois grupos para uma gincana com o objetivo de desfazer mitos dos exercícios físicos. No final o grupo com maior número de respostas certas ganharia o desafio. O material selecionado foram textos de sites e de revistas para o público adolescente que tratavam sobre o tema exercício físicos. Desse modo, cada grupo construiu um mural com duas colunas: a das verdades e o dos mitos sobre os exercícios físicos.
9	Desconstruir mitos relacionados à prática dos exercícios físicos.	Foram discutidos por meio de pequenos textos científicos mitos que ainda permeiam o imaginário adolescente como: exercícios devem ser praticados por longas horas, o

		abdominal é capaz de tirar a barriga, para emagrecer o exercício deve ser feito em jejum e que quanto mais suor mais peso se perde.
10	Socializar a vivência do grupo em favor da comunidade escolar.	As adolescentes apresentaram várias propostas para a comunidade escolar de como se pode melhorar a autoestima. Uma peça teatral é encenada sobre os benefícios dos exercícios físicos e os riscos de quando são realizados sem orientação, cartazes com frases que contribuem para melhorar autoestima são colados na escola e um perfil no facebook foi criado com dicas de alimentos e receitas de lanches saudáveis.
11	Avaliar a participação na ação educativa e a construção do conhecimento.	Foi discutido as contribuições para o grupo da ação educativa e sugestões.

3-Reaplicação dos testes de imagem e percepção corporais e de avaliação do comportamento alimentar:

Esta fase foi desenvolvida 3 meses após o final da ação educativa, e contou com a reaplicação dos testes de rastreio para transtornos alimentares e insatisfação corporal: EAT-26, BSQ-34 e escala de silhuetas corporais, 95 adolescentes participaram incluindo as 15 adolescentes da ação educativa.

Os dados foram analisados com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 18.0 (SPSS) e adotou-se um nível de significância de 5% ($p<0,05$). As variáveis categóricas foram analisadas segundo a distribuição de

frequência e para as quantitativas calculou-se a média e desvio padrão. A análise comparativa dos dados quantitativos foi realizada pelo teste t para amostras pareadas.

Resultados

A tabela 1 apresenta as características gerais das adolescentes. Das 102 meninas 65(63,7%) tinham idade entre 14 e 15 anos, 91(91,9%) possuía renda de até três salários mínimos, aproximadamente U\$ 900, 67(65,7%) de seus pais viviam juntos, 64(64,6%) dos pais e 54(60%) das suas mães possuía o ensino médio.

Tabela 1- Características das adolescentes estudantes de uma escola pública de Recife-PE, outubro, 2012.

Variáveis	n(%)
Idade	
14-15 anos	65(63,7)
16-17 anos	36(36,3)
Renda*	
≤ 3 salários mínimos	91(91,9)
≥ 3 salários mínimos	08(8,1)
Pais vivem juntos	
Sim	67(65,7)
Não	35(34,3)
Escolaridade paterna**	
Ensino fundamental	20(20,3)
Ensino médio	64(64,6)
Ensino superior	15(15,2)
Escolaridade materna***	
Ensino fundamental	26(28,9)
Ensino médio	54(60,0)
Ensino superior	10(11,1)

* Salário Mínimo (SM) na época =R\$ 622,00

** n=99

***n=90

A tabela 2 revela o IMC das adolescentes onde 89(87,3%) se encontravam eutróficas. Percebe-se que o ideal de beleza das adolescentes é o magro quando 77(77,5%) das mesmas consideram como mulheres bonitas atrizes e modelos, em relação à sua autoimagem corporal através das silhuetas corpóreas 63(61,8%) estavam insatisfeitas com sua imagem corporal e 55(55,9%) manifestaram o desejo de fazer cirurgia plástica.

Tabela 2- Autoimagem, IMC, padrão de beleza e desejo por cirurgia plástica das adolescentes estudantes de uma escola pública de Recife-PE, outubro, 2012.

Variáveis	n(%)
Padrão de beleza	
Atrizes/modelos	79(77,5)
Mãe	23(22,5)
IMC	
Eutrófico	89(87,3)
Alterado*	13(12,7)
Satisfação corporal	
Não	63(61,8)
Sim	39(38,0)
Desejo de realizar cirurgia plástica	
Sim	57(55,9)
Não	45(44,1)

*Considerados baixo peso, sobrepeso e obesidade.

A tabela 3 mostra as escalas que avaliam o risco para transtorno alimentar e a satisfação das adolescentes com relação à sua imagem corporal antes e após a ação educativa. Após a ação, houve significativa melhora na média dos escores nos dois testes ($p<0,001$).

Tabela 3- EAT-26 e BSQ-34 antes e após ação educativa das adolescentes estudantes de uma escola pública de Recife-PE, outubro, 2012.

Variáveis	Pré-intervenção [*]	Pós-intervenção [*]	P
BSQ-34	68,47±29,1	63,74±27,4	0,001
EAT-26	16,98±8,09	15,71±6,99	0,001

*Valores expressos em média e ±dp.

Discussão

No último século estudos demonstraram um aumento da incidência dos transtornos alimentares nas sociedades industrializadas do ocidente entre os anos 50 a 80, quando atingiram um platô nos níveis de crescimento (Hsu, 1996). No início desse século as incidências desses transtornos voltaram a crescer, como evidencia estudo do Reino Unido onde os diagnósticos aumentaram significativamente entre 2000 e 2009 (Micali, et al., 2013). Sendo relatados resultados semelhantes na Holanda (Van Son; Van Hoeken & Bartelds et al., 2006). O crescimento pode estar relacionado ao maior conhecimento e divulgação do assunto, levando ao diagnóstico mais preciso dos casos. Por outro lado, refere-se à possibilidade de subestimação das taxas, especialmente em estudos de amostras clínicas, pois geralmente os casos mais graves da doença é que buscam algum tipo de serviço especializado (Nunes, 2006).

Acredita-se que atualmente, os transtornos alimentares têm atingido camadas cada vez mais significativas da população, em diferentes classes sociais e amplitude maior no que diz respeito à faixa etária, porém com altas incidências entre os 15 aos 19 anos (Ida & Silva, 2007). No presente estudo a maior parte das adolescentes se encontravam nessa faixa de risco para os transtornos, além de possuírem baixa renda. Questão até então pouco associada, pois este assunto era tratado apenas entre os pertencentes às camadas mais altas da sociedade (Marzano-Parisoli, 2004). A vulnerabilidade ao TA em extratos sociais mais baixos já foi evidenciada em estudos brasileiros (Dunker; Fernandes & Carreira Filho, 2009; Prisco et al, 2013) e isto é possível, pois, o mundo contemporâneo tem assistido a uma nova forma de comunicação com a universalização da comunicação virtual, proporcionada pelo advento da internet e sua popularização, permitida pela ascensão das classes C e D a bens de consumo no Brasil impactando também no tipo de alimentação. Um novo

espaço foi criado através do quais diversos tipos de interações ocorrem a partir de *chats*, *blogs e sites*, pessoas que não se conhecem, mas que comungam dos mesmos interesses, e aspirações, criam dessa forma laços de afinidade que extrapolam as relações face a face. Por conseguinte, uma mudança de hábitos de socialização é proporcionada. Assim, indivíduos de diferentes classes sociais dividem o mesmo território, e interesses, como o ideal do corpo magro (Bittencourt & Almeida, 2013).

Sobre a aparência, percebeu-se um incomodo corporal entre as adolescentes através da escala de silhuetas onde 61,8% mostram insatisfação no teste. É um dado preocupante, pois, segundo Nascimento et al (2010) a insatisfação com a forma corporal é uma das características psicopatológicas mais frequentes do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) e dos transtornos alimentares. O TDC é descrito como uma preocupação com um defeito imaginário na aparência (American Psychiatric Association, 2013). Jolanta e Tomasz (2000) sugerem comorbidade entre os TA e TDC, e estudos mostraram que 25% das portadoras de anorexia nervosa apresentaram num período que variou de 3 anos a seis meses antes do início das alterações do comportamento alimentar, sintomas de incômodo com a imagem corporal.

Entre as adolescentes deste estudo 55,9% tem o desejo de realizar cirurgia plástica. Num estudo polonês em 93,8% das mulheres com anorexia nervosa o TDC precedeu o transtorno alimentar além de insatisfação com o rosto, pele, nariz, abdome e vontade de realizar cirurgia plástica foi destacada (Rosen & Ramirez 1998). Bourdieu (1982) observou que é uma prática corrente que os indivíduos se identifiquem com seus grupos de referência, ao quais se compõem normalmente de pessoas com o mesmo nível socioeconômico. Partindo dessa perspectiva, Boltanski (1984) salienta que membros das classes populares prestam menos atenção ao corpo do que os mais abastados e que pentear-se de maneira diferente e maquiar-se estava relacionado a apenas eventos

especiais, como festas ou outros acontecimentos importantes. Mas, na atualidade todos sem distinções de classes almejam corpos perfeitos, dessa maneira, o acesso à cirurgia plástica se socializou da mesma maneira que ocorreu com os bens de consumo com o parcelamento de seus custos torna-a cada vez mais acessível a pessoas com baixa renda (Silva, 2012).

O padrão de beleza das adolescentes do estudo foi de uma mulher magra visto que 77,5% citaram mulheres com esse perfil associando a atrizes populares no país e modelos internacionais. Porém, chama atenção que 22,5% escolheram a própria mãe como exemplo de beleza, pois a beleza vista como singular tem perdido espaço. Para as adolescentes que admiravam a beleza materna, a simpatia, a educação e a delicadeza compunham o significado de beleza. Justificando que os anos passam, a beleza se modifica, as rugas aparecem e sobra o que realmente a pessoa é - ou a famosa beleza interior (Veiga, 2006).

No Brasil, os trabalhos na área de prevenção de TAs, são insuficientes, e os esforços são voltados a projetos de prevenção da obesidade também um problema de saúde pública no Brasil (Sichieri & Souza, 2008). Neste sentido, o trabalho de Dunker, Philippi e Ikeda (2010) pode ser considerado pioneiro no país quando elaboraram e testaram um programa piloto direcionado a meninas de 12 a 14 anos de uma escola particular na cidade de São Paulo. O programa demonstrou ter efeito positivo na preocupação com peso e alimentação e influência da mídia na aceitação de padrões de beleza, mas segundo as autoras os benefícios foram exclusivos as 10 jovens que participaram do programa, não se estendendo a comunidade escolar da pesquisa.

Países como Estados Unidos da América, Austrália e Canadá possuem um expressivo número de pesquisas sobre programas preventivos, tendo programas eficazes

incluídos nos currículos escolares. No inicio os programas preventivos foram psicoeducacionais em seus conteúdos e não foram capazes de reduzir os fatores de risco para o desenvolvimento dos TAs (Pearson; Goldklang & Striegel-Moore, 2002). Com o passar dos anos os programas se aperfeiçoaram e escolheram como alvo os fatores de risco, estes se tornaram mais interativos em sua metodologia e focaram a população de risco para os TAs, por acreditarem que intervenções direcionadas tem maior impacto, e trazem resultados mais positivos quando comparados aos de abordagem universal com enfoque na população de um modo geral sem TAs (Stice et al., 2005). Ao realizar uma revisão sistemática, Stice, Becker e Yokum (2013) sobre 60 programas educacionais de prevenção, sugere que temas como dieta e alimentação, ideal magro na mídia e insatisfação corporal façam parte dos programas, bem como o uso de metodologias interativas.

Este estudo foi semelhante ao de Dunker, Philippi e Ikeda (2010) em São Paulo, pois contribuiu com a diminuição na insatisfação corporal e no comportamento alterado da alimentação, observado na melhoria dos escores nos testes BSQ-34 e EAT-26. Acredita-se que a melhoria nos testes quando reaplicados se deveu ao tipo de intervenção, uma ação educativa conduzida por metodologias ativas utilizando a problematização como estratégia. Esta escolha pode ter motivado a participação das adolescentes, refletindo no pequeno número de ausentes ao longo dos encontros.

A ação educativa nesse estudo foi concebida para lidar com os desafios da adolescência associados ao desenvolvimento dos transtornos alimentares, incluindo a insatisfação corporal, baixa autoestima, pressões socioculturais para a magreza. As atividades para atingir esses objetivos basearam-se na problematização através do

método do arco de Maguerez, que é constituído de: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (Berbel, 1998).

Percorrendo o arco na sua primeira etapa de observação da realidade as adolescentes destacaram que as mulheres de um modo geral são insatisfeitas com sua aparência física. Para segunda etapa, pontos chave, identificaram que a melhoria da autoestima, a prática de exercícios físicos e alimentação saudável eram temas essenciais para serem abordados para a compreensão do problema dos TAs. Na terceira etapa a teorização as adolescentes refletiram e discutiram sobre os pontos chave elencados por elas utilizando-se textos e filmes. Na quarta etapa a formulação de hipóteses de solução a originalidade e a criatividade foram estimuladas, desse modo, as adolescentes apresentaram a comunidade escolar: cartazes com frases para a melhoria da autoestima, uma peça teatral sobre a prática de exercícios físicos e criaram um perfil em rede social que trazia dicas de alimentação e receitas de lanches saudáveis. A última fase é a aplicação à realidade, período após ação educativa o assunto continuou fazendo parte da rotina das adolescentes na escola. O perfil na rede social chamado foodbook recebeu muitos acessos e contribuições, com fotos e receitas de alimentos saudáveis, sugerindo uma boa aceitação por parte da comunidade escolar. A dramatização foi encenada mais uma vez, agora para os pais e familiares num encontro chamado dia da família (que colabora na integração escola/comunidade).

Ao final da ação educativa a maioria das meninas apresentou melhora nos escores dos testes reaplicados após três meses. As adolescentes que participaram da ação educativa, no momento de avaliação, destacaram a importância do tema e sugeriram a manutenção da discussão no ambiente escolar (atualizando o perfil na rede social foodbook) e a sua inclusão no currículo escolar.

Avanços substanciais têm sido feitos no desenvolvimento e avaliação da efetiva eficácia dos programas de prevenção dos transtornos alimentares ao longo das últimas duas décadas em vários países, no Brasil ainda existem lacunas sobre o tema necessitando de novos estudos que proponham métodos de intervenção para a prevenção de TAs. Assim, de acordo com o estudo as adolescentes se mostraram em situação de vulnerabilidade, pois, muitas demonstraram estar insatisfeitas com sua aparência e silhueta. Neste sentido, intervenções intersetoriais (escola e profissionais de saúde) poderiam ser adotadas visando à prevenção de agravos na adolescência.

Referências

- Alves, E. et al. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24, 503-512. doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300004.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V-TR Fourth Edition (Text Revision). Washington: American Psychiatric Publishing, 943.
- Barbosa, E. & Moura, D. (2013). Metodologias ativas de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica. *Boletim Técnico Senac*, 39, 48-67.
- Berbel, N. (1998). A problematização e aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface-comunicação, saúde, educação*, 2, 139-154.
- Bighetti, F. (2003). Tradução e validação do eating attitudes test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Bittencourt, L. J., & Almeida, R. (2013). Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida? *Psicologia & Sociedade*, 25, 220-229.
- Bojorquez, I. et al. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Caderno de Saúde Pública*, 29, 29-39.
- Boltanski, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. (1984). Rio de Janeiro: Graal.
- Bordenave, J. & Pereira, A. (1999). Estratégias de ensino de aprendizagem (20^a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Bourdieu, P. *Distinção*. (1982). Crítica Social do Julgamento. Paris: Minuit.
- Conrado, L. (2008). Prevalência do transtorno dismórfico corporal em pacientes dermatológicos e avaliação da crítica sobre os sintomas nessa população. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Cubrelati, B. et al. (2014). Relação entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento De Transtornos Alimentares Em Adolescentes. *Revista da faculdade de educação física da Unicamp*, 12, 1-15.
- Di Pietro, M. (2002). Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ - “Body Shape Questionnaire” em uma população de estudantes universitários. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Dunker, K. (2009). Prevention of eating disorders: a methodological review. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, 34, 195-211.

Dunker, K., Fernandes, C., & Carreira- Filho C. (2009). Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 156-161.

Dunker, K., Philippi, S. & Ikeda, J. (2010). Interactive Brazilian program to prevent eating disorders behaviors: A pilot study. *Eating Weight Disord*, 15, 270-274.

Hsu, L. (1996). Epidemiology of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 681-700.

Ida, S. & Silva, R. (2007). Transtornos alimentares: uma perspectiva social. *Revista Mal-estar e subjetividade*, VII, 417-432.

Jolanta, J. & Tomasz, M. (2000). The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *European Psychiatry*, 15, 302-305.

Lima, N., Rosa, C., & Rosa, J. (2012). Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Estudos e pesquisa em psicologia*, 12, 360-378.

Martins, C. et al. (2010). Insatisfação com a imagem corporal e relação com o estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Revista de psiquiatria*, 32, 19-23.

Marzano-Parisoli, M. (2004). *Pensar o corpo*. Rio de Janeiro: Vozes.

Micali, N. et al. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3. doi:10.1136/bmjopen-2013-002646.

Mond, J., Chen, A. & Kumar, R. (2010). Eating-disordered behavior in Australian and Singaporean women: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders* 43, 717–723.

Nascimento, A. et al. (2010). Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59, 65-69.

Nunes, M. (2006). Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: Nunes MA, Appolinário JC, Galvão AL, Coutinho W, organizadores (2^a Edição). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 51-57). Porto Alegre: Artmed.

Pearson, J., Goldklang, D. & Striegel-Moore R. (2002). Prevention of eating disorders: challenges and opportunities. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 233-239.

Philippi, S. & Alvarenga, M. (2004). *Transtornos alimentares uma visão nutricional*. Barueri, São Paulo: Manole.

Prisco, A. et al.(2013). Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18,1109-1118.

Rosen, J.& Ramirez, E.(1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 441-449.

Schulte, S. & Thomas, J. (2013). Relationship between eating pathology, body dissatisfaction and depressive symptoms among male and female adolescents in the United Arab Emirates. *Eating Behaviors*, 14, 157–160.

Sichieri, R. & Souza, R. (2008). Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Caderno de Saúde Pública*, 24 Sup 2:S209-S234.

Silva, T. (2012). Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61, 154-158.

Smink, F., Hoeken, D. & Hoek, H. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406–414.

Stice, E., Becker, C. & Yokum, S. (2013). Eating Disorder Prevention: Current Evidence-Base and Future Directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 478–485.

Stice, E. et al. (2005). Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: A Randomized Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, NIH Public Access Author Manuscript, 1-22.

Stunkard, A. et al. (1993). Does obesity run in families because of genes? An adoption study using silhouettes as a measure of obesity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl 370, S67-72.

Van Son G., Van Hoeken D. & Bartelds A. et al. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565–569.

Veiga A. (2006). A institucionalização da beleza no universo feminino. *IGT na Rede*, 5, 1-9.

World Health Organization. (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization.

Ação educativa problematizadora para prevenção de transtornos alimentares em Escola de Referência de Ensino Médio

Resumo

Objetivo: Descrever uma ação educativa para a prevenção de transtornos alimentares em meninas adolescentes.

Método: A abordagem utilizada foi qualitativa, com 15 meninas que se encontravam em risco para os transtornos alimentares que participaram de uma ação educativa baseada na metodologia da problematização em uma escola de referência de ensino médio em Recife-PE. A ação se desenvolveu entre os meses de junho e setembro de 2013. Foram realizados 11 encontros, cujos temas foram problematizados a partir da realidade das adolescentes e ainda de textos de revistas e sites adolescentes. O método de análise foi a de conteúdo na modalidade temática, descrita por Bardin.

Resultados: Três categorias temáticas emergiram da análise dos encontros: posso me alimentar melhor; exercício físico na medida; e autopercepção corporal. As adolescentes conheciam os benefícios de uma boa alimentação e da prática esportiva, porém mostraram-se insatisfeitas com seus corpos e apresentavam distorção da imagem.

Conclusão: Concluiu-se que a ação construída através da integração da problematização às etapas do processo de aprendizagem foi eficaz para ajudar as adolescentes a melhorar a satisfação corporal e o comportamento alimentar.

Descritores: Transtornos alimentares, Prevenção, Adolescentes, Pesquisa qualitativa.

Problematizing educative action to prevent eating disorders at a Reference High School

Abstract

Objective: Describing an educative action to prevent eating disorders on adolescents girls.

Method: The used approach was the qualitative, with 15 girls who were at risk for eating disorders that joined an educative action based on the problematizing methodology of a reference high school in Recife-PE. The action was developed between the months of June and September, 2013. There were 11 encounters, and the themes were problematized from the reality of the teenagers and still from texts of teenage magazines and websites. The method of analysis was the content on the thematic modality, described by Bardin.

Results: Three thematic categories came up from the analysis of the encounters: I can feed myself better; balanced physical exercise; and self perception. The adolescents knew the benefits of a good alimentation and exercising, however, they presented themselves as dissatisfied with their bodies and with image distortion.

Conclusion: It has been concluded that the implemented action through the integration of the problematizing to the learning process was efficient in helping the adolescents to improve the self-esteem, body satisfaction and distorted eating behavior. Impact of an educative action on the school picture on the body perception and eating behavior in female adolescents.

Key words: Eating disorders, prevention, Adolescents, Qualitative research.

Introdução

Os transtornos alimentares (TAs) têm adquirido crescente visibilidade nos últimos anos, despertando forte interesse da comunidade científica e do público em geral por se tratarem de patologias com importância clínico-social, e apresentarem significativos graus de morbidade e mortalidade. Caracterizam-se por graves perturbações no comportamento alimentar. Os principais subtipos de TAs são: a bulimia nervosa (BN) e a anorexia nervosa (AN). A BN é caracterizada por repetidos episódios de compulsão alimentar, que despertam sensação de perda de controle e, na maioria dos casos, são seguidos de rituais purgativos e não purgativos, tais como: exercícios físicos excessivos, vômitos auto induzidos e uso abusivo de laxantes, diuréticos e anorexígenos. Já a AN é caracterizada por recusa do indivíduo em manter o peso corporal na faixa mínima adequada, temor intenso de ganhar peso e perturbação significativa na imagem corporal⁽¹⁻²⁾. Segundo a American Dietetic Association (ADA), os transtornos alimentares são mais frequentes em mulheres adultas e jovens, entre 18 e 30 anos, afetando 3,2% da população⁽³⁾. No entanto, a irrupção da doença, na maioria das vezes, acontece no despertar da puberdade⁽⁴⁾. Algumas pesquisas realizadas no Brasil⁽⁵⁻⁷⁾ com adolescentes e jovens têm revelado significativa predisposição na população estudada aos TAs.

Os TAs têm etiologia multifatorial, assim, são determinados por várias causas como: biológicas, psicológicas, familiares e socioculturais que interagem entre si favorecendo o aparecimento e a sua manutenção. Não existe um consenso com relação aos métodos mais adequados para a avaliação desses transtornos. De um modo geral, os instrumentos de avaliação são agrupados em, pelo menos, três categorias: 1) questionários autoaplicáveis; 2) entrevistas clínicas e 3) automonitoração. Esses instrumentos são utilizados tanto para o diagnóstico quanto para a identificação de sinais de predisposição aos transtornos alimentares⁽⁴⁾. De um modo geral encontram-se dificuldades para o diagnóstico dos TAs levando-se alguns anos até o mesmo por dificuldades metodológicas na avaliação dos sintomas e no preenchimento de todos os seus critérios. Sendo assim, deve-se deve focar nos comportamentos de risco e práticas não saudáveis para o controle de peso, principalmente no período da adolescência⁽⁸⁾.

Diante desta problemática e das dificuldades no tratamento, percebe-se a necessidade de estratégias preventivas efetivas e de maior abrangência populacional. Sobre tais métodos, destacam-se os educacionais, que nos transtornos alimentares

podem ser desenvolvidos em três esferas: primária, secundária e terciária. Na primária busca-se um caráter universal, com foco na população não sintomática. Na secundária também conhecida como direcionada, é voltada para a prevenção do desenvolvimento completo dos transtornos alimentares, em pessoas que apresentam sinais iniciais dos TAs (distorção da imagem corporal, preocupação excessiva com o peso), e a terciária que visa reduzir sintomas de pessoas que já apresentam quadro de TAs⁽⁹⁾. Os processos educativos são tidos como a “chave” nas intervenções preventivas no âmbito coletivo, para Alves⁽¹⁰⁾, a educação em saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido “(...) intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida das pessoas (...) para adoção de novos hábitos e condutas de saúde”. Desse modo, este estudo teve como objetivo descrever uma ação educativa para a prevenção de transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, sendo parte da tese de doutorado intitulada “Repercussões de uma ação educativa na prevenção de transtornos alimentares em meninas adolescentes”. Foi realizado na escola de referência de ensino médio localizada na zona norte de Recife-PE. As escolas de referência em ensino médio foram criadas em Pernambuco através da Lei Complementar nº 125 de 10 de julho de 2008. Estas escolas surgiram após uma experiência de escolas no modelo *charter* que trata de escola pública com maior autonomia e gestão compartilhada entre público e privado. A escola de referência tem como alguns objetivos: alunos, professores e gestores em regime de dedicação exclusiva e tempo integral, e centralidade do processo de ensino e aprendizagem do aluno⁽¹¹⁾.

As adolescentes convidadas a participarem da ação educativa foram as que apresentaram risco para transtornos alimentares identificadas através de 3 questionários autoaplicáveis utilizados para esta finalidade, a saber: EAT-26, BSQ-34 e escalas de silhuetas todos validados no Brasil⁽¹²⁻¹³⁾. Desse modo, 15 meninas participaram da ação educativa, e a escolha desse grupo, é sugerida por pesquisadores como Shaw e Staci⁽¹⁴⁾ ao argumentarem que, intervenções em grupos de risco podem ter mais impacto e trazer resultados mais positivos na prevenção dos transtornos alimentares.

A ação educativa se deu através da formação de um grupo operativo, que segundo Backes; Colomé e Erdmann⁽¹⁵⁾ trata-se de uma técnica de coleta de dados que a partir de uma interação grupal, promove ampla discussão sobre um tema ou foco específico. Assim, aconteceram 11 encontros com duração média de 1 hora. Participaram dessa ação um mediador (pesquisador) um observador externo (pesquisador), e membros da comunidade escolar (professores, coordenadores e assistente social), além das adolescentes. Os encontros foram realizados durante o intervalo após o almoço das jovens para não haver prejuízos do horário escolar tendo em vista que as mesmas possuem jornada integral. Os encontros foram realizados no período de junho a setembro de 2013, os quais foram filmados com autorização prévia de pais/responsáveis e adolescentes e direção escolar e posteriormente transcritas na íntegra.

A escolha dos temas desenvolvidos durante na ação se deu a partir da metodologia da problematização, que segundo Mitre et al.⁽¹⁶⁾ pode levar o adolescente ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Assim, de uma situação problema criada pelas pesquisadoras, textos, programa televisivos para o público adolescente emergiram os temas posteriormente discutidos, desse modo à ação educativa se tornou direcionada as expectativas e necessidades dessas adolescentes.

Programas educacionais de verdadeiro êxito para a prevenção dos transtornos alimentares ainda são raros, o mais conhecido programa e também com melhor resposta é “body Project”, um programa americano com bons resultados em populações semelhantes como Canadá e Austrália⁽¹⁷⁾. No Brasil, há uma experiência descrita, sendo também de caráter experimental; esta foi realizada em escola uma particular da cidade de São Paulo obtendo bons resultados, com mudança no comportamento alimentar e na percepção corporal⁽¹⁸⁾. Verificou-se que as temáticas abordadas no presente estudo foram semelhantes, visto que a literatura coloca que fatores culturais de um ideal magro, insatisfação corporal, dietas restritivas, atitudes purgativas e a baixa autoestima se constituem fatores universais de risco para os transtornos alimentares, observadas em estudos de culturas tão distintas como: brasileira, mexicana, americana, europeia, asiática e na cultura árabe⁽¹⁹⁻²²⁾. Então, boas práticas de alimentação na adolescência, exercícios físicos, insatisfação corporal e autoestima foram discutidas pelo grupo. Todas

as atividades foram desenvolvidas, utilizando-se metodologias ativas. Objetivos e descrição das atividades do programa são apresentados no quadro1.

Quadro 1- Descrição da ação educativa

Encontro	Objetivo	Descrição da atividade
1	Promover o conhecimento do grupo entre si e com os pesquisadores e responder ao questionamento: me vejo da mesma maneira que o outro me vê?	Roda de apresentação. Em uma folha de papel descreveram como se vêm diante do espelho, após esse momento uma adolescente descreveu a outra. Nesta etapa as adolescentes refletiram sobre a sua imagem corporal e, como a insatisfação com a aparência afeta as pessoas.
2	Compreender a forte influência da mídia sobre padrões de beleza.	As adolescentes listaram em papeis coloridos as características das mulheres que aparecem nos filmes publicitários brasileiros. E o que elas estariam dispostas a fazer para se tornarem mais belas.
3	Discutir qual o limite da “vaidade” e da preocupação com os padrões estéticos.	Através de um texto sobre uma situação problema vivido por uma adolescente, listaram atitudes que são cometidos em prol da beleza (citando que cirurgias plásticas desnecessárias e continuas são muito realizadas assim como dietas restritivas). Refletiram também quais os danos que tais atitudes poderiam trazer a saúde.
4	Experimentar alimentos e identifica-los.	De olhos vendados as adolescentes provaram alimentos da pirâmide alimentar brasileira. Tendo algumas, experimentando pela primeira vez determinados legumes. As adolescentes saíram do encontro com a demanda de fotografar suas próximas refeições em particular as que faziam fora da escola.

5	Conhecer as diferenças entre os grupos de alimentos e refletir sobre as melhores escolhas.	As fotografias das refeições foram apresentadas e discutiu-se que substituições poderiam ser realizadas para torná-las mais nutritivas. No refeitório da escola as adolescentes identificaram os alimentos da pirâmide alimentar e montaram um lanche saudável.
6	Refletir os padrões de beleza e a auto percepção corporal.	Foi oferecido as adolescentes um chapéu com espelho em seu interior e ao verem sua imagem refletida deveriam falar sobre as suas principais qualidades. Depois desta atividade um filme foi apresentado sobre as aventuras e dificuldades vivenciadas por um adolescente que troca de corpo. Após, o mesmo uma discussão com os desdobramentos do filme foi realizada.
7	Refletir sobre os diferentes tipos de beleza e características pessoais de ser adolescente.	Textos de revistas para adolescentes com várias histórias de insatisfação corporal foram lidos. As adolescentes criaram um pequeno manual para a autoaceitação, enfatizando: que não se deve preocupar tanto com o que o outro diz, é importante compreender que as belezas são diferentes, que devemos nos aceitar e possuímos qualidades.
8	Desconstruir mitos relacionados à prática dos exercícios físicos.	As adolescentes foram divididas em dois grupos para uma gincana com o objetivo de desfazer mitos dos exercícios físicos. No final o grupo com maior número de respostas certas ganharia o desafio. O material selecionado foram textos de sites e de revistas para o público adolescente que tratavam sobre o tema exercício físicos.

		Desse modo, cada grupo construiu um mural com duas colunas: a das verdades e o dos mitos sobre os exercícios físicos.
9	Desconstruir mitos relacionados à prática dos exercícios físicos.	Foram discutidos por meio de pequenos textos científicos mitos que ainda permeiam o imaginário adolescente como: exercícios devem ser praticados por longas horas, o abdominal é capaz de tirar a barriga, para emagrecer o exercício deve ser feito em jejum e que quanto mais suor mais peso se perde.
10	Socializar a vivência do grupo em favor da comunidade escolar.	As adolescentes apresentaram várias propostas para a comunidade escolar de como se pode melhorar a autoestima. Uma peça teatral é encenada sobre os benefícios dos exercícios físicos e os riscos de quando são realizados sem orientação, cartazes com frases que contribuem para melhorar autoestima são colados na escola e um perfil no facebook foi criado com dicas de alimentos e receitas de lanches saudáveis.
11	Avaliar a participação na ação educativa e a construção do conhecimento.	Foi discutido as contribuições para o grupo da ação educativa e sugestões.

Para assegurar o anonimato das adolescentes foram identificadas com a letra A em referência a palavra adolescente, seguido do número, conforme sequência de falas nos encontros do grupo operativo. Para a análise das informações, optamos pela análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Bardin⁽²³⁾. Pelo processo de codificação, originaram-se três categorias ou temas, que são as ideias-chave a respeito do assunto estudado, extraídas das falas das adolescentes participantes desta pesquisa. O

estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães sob o número de CAAE 0224.0.236.000-11.

Resultados

As 15 adolescentes que participaram do estudo tinham idade de 14 a 17 anos, possuíam renda familiar média de 2 salários mínimos (valor em 2013- R\$ 678,00), pais e mães com predomínio do ensino médio e viviam juntos em sua maioria. Foi observado que as adolescentes gostavam e realizam atividades físicas na escola, se encontravam a maioria com IMC (Índice de Massa Corporal) adequados e possuíam como ideal de beleza atrizes e modelos magras.

Das análises das falas surgiram três temas: posso comer melhor; exercícios físicos na medida e autopercepção corporal.

Posso comer melhor

Sobre a alimentação das adolescentes participantes da pesquisa percebe-se que a escola em período integral e a realização da maior parte das refeições na mesma fez com que as adolescentes adotassem hábitos alimentares mais saudáveis, inclusive ajudando a introduzir no cardápio alimentos nunca experimentados:

“No refeitório só tem comida saudável e aqui não tem barraquinha com outras comidas não.” (A¹)

“Aqui se come salada de frutas, sanduíche de queijo, arroz, feijão e salada de alface.” (A²)

“Nunca comia batata doce, inhame e macaxeira, agora gosto, e essas coisas sempre têm na minha casa.” (A³)

“aqui sempre como verduras, legumes e frutas que dizem que é a parte mais chata da comida e que as mães obrigam os filhos a comerem. Não sei o que fazem para deixar tudo gostoso.” (A⁴)

As adolescentes ainda reforçaram a importância que uma boa alimentação traz para a saúde:

“é importante comer tudo e provar as comidas que não conhecemos, isso evita doenças...beber leite mesmo é bom para os ossos, quem não bebe leite tem aquela doença que esqueci o nome que deixa os ossos fracos.” (A⁵)

“se a pessoa não come direito, fica fraca.” (A⁶)

“quando não se come bem, fica fraca, mal humorada, sonolenta, não tem ânimo para fazer nada que gosta, perde até a vontade de paquerar.” (A⁷)

Porém, nas falas elas reconhecem que é difícil fora da escola resistir à tentação dos alimentos do tipo fastfood e que nas lanchonetes não existem muitas opções de lanches saudáveis:

“quando saio de casa faço a dieta do C, coxinha, coca-cola, cachorro quente, cocada só isso mesmo.” (A⁸)

“um pouquinho só de pizza, batata frita e chocolate não faz mal...”(A⁹)

“é difícil comer bem no shopping, ou na praça, o que é mais barato e posso comprar sei que não devo comer sempre, mas fazer o que...”(A¹⁰)

“quando você sai você só vê barraquinha vendendo pipoca, churros e batata frita.” (A¹¹)

Vale salientar que algumas adolescentes se mostraram preocupadas com alimentação justificando o medo de engordar, embora as adolescentes que participaram da ação educativa não estivessem em sobre peso ou obesidade:

“as vezes não como gostaria, pois tenho medo de engordar” (A¹²)

“me preocupo com o que como, para não engordar” (A¹³)

“tento comer só o que é saudável, como o que tem aqui na escola, para não engordar né?” (A¹⁴)

Exercício físico na medida

O exercício físico está presente no cotidiano das adolescentes, mas apenas no contexto escolar. Fora do ambiente da escola poucas meninas disseram realizar alguma atividade física. Muitas alegaram preguiça, cansaço após um dia inteiro da escola e

outras a ausência de local para a prática de atividade física. Mesmo assim, elas conheciam os benefícios da atividade:

“o exercício melhora a postura, minha mãe disse que deveria fazer para não ficar corcunda”(A¹⁵)

“eu vi na televisão que ajuda a crescer, previne várias doenças inclusive do coração”(A²)

As adolescentes comentaram que existe muita informação desencontrada circulando pelas mídias, principalmente nas redes sociais:

“só pode estar de brincadeira achar que se pode perder barriga com esses chás, ou usando esses remédios”(A⁴)

“já ouvi dizer que para emagrecer o bom era fazer exercício sem comer nada antes, em jejum...”(A¹²)

“aqui na escola outro dia mesmo uma menina desmaiou na aula de educação física, todo mundo sabe que ela tá querendo emagrecer e não come antes de vir para a aula” (A³)

“disseram que se você suar muito na hora do exercício você emagrece, até parece, mas tem gente que acredita nisso” (A⁹)

“no facebook mesmo o que tem de posts com essas besteiras... até cansa, exercício exagerado faz mal, pode até fazer o coração parar de bater” (A¹)

Durante as discussões chamou atenção o fato de muitas saberem da existência de substâncias químicas que são ditas como auxiliares do corpo perfeito como os termogênicos e os suplementos alimentares. O que demonstrou como esses elementos são divulgados e de certa maneira tem seu consumo estimulado pela mídia sem existência de qualquer evidencia científica em muitos casos. Expondo ao risco de doenças aqueles que o consomem sem auxilio ou recomendação de profissionais especializados:

“tem gente que usa tanta coisa para ficar sarada, é termogênico, é suplemento, o professor falou que essas coisas não fazem bem para o nosso corpo”(A⁵)

Autopercepção corporal

Ao longo das discussões algumas adolescentes se mostraram insatisfeitas com seus corpos, e autoestima frágil, 6 delas afirmaram que se fosse possível trocar de corpo elas o fariam, e entre essas quase todas enfatizaram que prefeririam ser mais magras:

“gostaria de trocar com alguém mais magro” (A⁶)

“faria isso com alguém mais magro e menor que eu” (A¹¹)

“com alguém mais alto” (A⁸)

“trocaria tudo, tudo mesmo, principalmente com alguém mais magra que eu” (A¹³)

Quando indagadas do porque trocariam de corpo com outras pessoas, elas responderam que a eterna insatisfação feminina poderia ser a causa, que as mulheres de um modo geral são muito críticas e ainda reforçaram o papel das mídias para essa insatisfação corporal ao mostrar apenas mulheres magras e perfeitas:

“somos muito críticas, a maioria das mulheres só vêm seus defeitos. Enquanto que muitas vezes os outros vêm na gente várias coisas bonitas e a gente nem dá valor a isso, continua só vendo os defeitos” (A¹⁴)

“A gente sempre diminui o que é nosso, eu acho que a gente mesmo se bota pra baixo” (A¹)

“ai...as mulheres são insatisfeitas, nunca o que a gente vê tá bom!” (A¹⁵)

“mas também as mulheres dos comerciais são muito diferentes de nós, aí a gente termina se achando menos” (A⁷)

“não tem ninguém na televisão ou na revista com espinha, cicatriz, celulite, nem sinal, é todo mundo muito perfeito...e eu, todo dia quando acordo aparece uma espinha nova, não é justo né...” (A¹⁰)

As adolescentes afirmaram ainda que em busca dessa “beleza da televisão” muitos cometem atos extremos e prejudiciais a saúde:

“como na tv as mulheres são lindas, acho que tem mulher que para chegar perto do que são as modelos fazem loucuras, ou até morrem” (A¹)

“tem mulher que é louca, fica sem comer, ou só come frutas, passa o dia todo fazendo exercício, ou faz tantas plásticas que fica irreconhecível” (A³)

Durante as discussões as adolescentes apontaram alguns caminhos para diminuição da insatisfação corporal e aumento da autoestima:

“vamos parar de ficar nos comparando as outras pessoas, e ver o que temos de bom” (A⁸)

“devemos sempre pensar que o que eu penso sobre mim mesma é mais importante do que os outros pensam, ainda mais se nem me conhecem” (A¹⁰)

“as vezes a menina mais bonita nem é a mais legal” (A¹³)

“não devemos levar tudo tão a sério, sei que é difícil, principalmente quando os outros falam de nós, mas se temos tantas outras qualidades...eu não me importo se não sou a cara de Gisele Bündchen, essa é a única que eu tenho e eu sou linda assim!” (A⁴)

Ao final da ação educativa as adolescentes foram estimuladas a apontar a comunidade escolar caminhos que pudessem contribuir com a satisfação corporal e a autoestima no período da adolescência. Encenaram na escola uma peça sobre os malefícios dos exercícios físicos sem orientação, fixaram cartazes nas áreas de maior circulação da escola com o que chamaram de “mandamentos da felicidade” frases para a melhoria da autoestima, criaram um perfil em uma rede social chamado de foodbook, com fotos e receitas de lanches saudáveis, além de espaço para troca de informações sobre alimentação saudável.

Discussão

Dada à cronicidade dos transtornos alimentares e as dificuldades do seu tratamento ainda restrito e acessível a poucos se reforça a importância de estratégias de prevenção a esses agravos. Dunker⁽⁹⁾ relata que as estratégias primárias de prevenção dos transtornos alimentares são as mais encontradas e a maioria é desenvolvida em escolas onde se integra ao material educativo. Em revisão sistemática, observam-se vários tipos de propostas metodológicas, faixa etária dos participantes, número de encontros e tipo de mediador. O aspecto comum a esses estudos foi à inclusão nos seus conteúdos educacionais os fatores predisponentes ao TA que são: pressão sociocultural

pela magreza promovida pela família, amigos e mídia, internalização dos ideais de magreza pelas mulheres, insatisfação corporal, dieta restritiva e baixa autoestima⁽⁹⁾.

Ainda sobre os estudos de prevenção, a idade ideal dos participantes de intervenções sofre variantes, Stice et al.⁽²⁴⁾ observaram que a imagem corporal e a preocupação com a alimentação começavam a aparecer em meninas por volta dos 8 anos, Swanson; Crow e Le Grange et al.⁽²⁵⁾ encontraram meninas de 5 a 9 anos insatisfeitas e preocupadas com seu corpo. No nosso estudo as adolescentes se encontravam na faixa de etária de 14-17 anos, pois, de modo geral é nesse período, que aumenta o risco da insatisfação corporal e inicio de práticas de controle de peso.

Intervenções preventivas para os transtornos alimentares durante a adolescência são justificadas pelas próprias características dessa fase da vida. A adolescência é constituída por um processo biológico de vivências orgânicas no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a construção da personalidade⁽²⁶⁾. Especificamente a adolescente do sexo feminino é mais vulnerável a aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais no que se refere aos padrões estéticos. Na nossa sociedade, de um modo em geral, discrimina-se e se reprova pessoas ditas fora dos padrões estéticos, como os gordos. O sentimento de rejeição por seus pares na adolescência pode concorrer para isolamento social, depressão e maneiras inadequadas de perda de peso⁽²⁷⁾.

Parte das adolescentes desse estudo demonstraram ter conhecimento sobre boas práticas alimentares, consequências da restrição alimentar, e enfatizaram o papel da escola neste contexto. Para Silva⁽²⁸⁾ a preferência alimentar é um processo complexo, influenciado tanto por fatores biológicos quanto sociais, culturais e econômicos. Já Mayer e Weber⁽²⁹⁾ afirmam que a escola pode constituir-se em um ambiente favorável para a adoção de bons hábitos alimentares, justificado pelo fato de que crianças e adolescentes passarem boa parte do seu tempo nesse ambiente. Estes afirmam que intervenções educativas podem criar novos hábitos alimentares, como, a redução da ingestão de biscoitos recheados, salgados industrializados, refrigerante e aumento do consumo de merenda escolar e aceitação de frutas.

Algumas adolescentes demonstraram preocupações em suas falas sobre quantidade de calorias nos alimentos que ingeriam e a possibilidade de engordar. Atualmente, observa-se uma disseminação do número e tipo de dietas, sabe-se que essa

prática representa um risco para o desenvolvimento de TA aumentando em até 18 vezes essa possibilidade. Entre as portadoras de transtornos alimentares é comum a prática de dietas no início da doença e a exclusão de alimentos considerados engordantes que com o tempo tende a ser cada vez mais rígidas e restritivas⁽³⁰⁾. Souto e Ferro-Bucher⁽³¹⁾ afirmam que mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos se sentem gordas, a ponto de iniciarem uma dieta, embora o percentual das que realmente necessitariam seja muito inferior.

O arsenal da indústria do emagrecimento é composto de várias frentes como: dietas, livros, revistas, artigos em jornal, programas variados de exercícios físicos para esta finalidade. Nesse estudo as adolescentes, apesar de referirem insatisfação com seus corpos não revelaram o uso do exercício para a busca do corpo perfeito, e a maioria realizava atividade física apenas no horário escolar. Exercício físico em excesso pode ser utilizado como método purgativo em mulheres com sintomas de transtornos alimentar sendo a hiperatividade um dos primeiros sinais, surgindo antes mesmo que a perda de peso seja notada por familiares ou amigos. Nesses casos a prática de exercícios tem um padrão peculiar, onde o individuo não está apenas querendo melhorar sua saúde, mas, o realiza com o objetivo principal da perda de peso. Estima-se que 40% a 80% dos acometidos por transtornos alimentares pratiquem exercícios com o objetivo de perder peso, o que mantém o círculo vicioso da doença, podendo levar a lesões físicas e, mesmo, à morte⁽³²⁻³³⁾.

As jovens reconheceram os benefícios que a atividade física traz a saúde principalmente nesta faixa etária. Mas, merece destaque o conhecimento dessas jovens sobre suplementos nutricionais e substâncias termogênicas. O uso dessas substâncias vem se tornando cada vez mais comum entre os frequentadores de academias de ginástica, motivados pelo desejo do ganho de massa muscular e/ou redução de gordura. Necessitando-se de pesquisas para comprovação de seus efeitos⁽³⁴⁾. Estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou alguns efeitos após o uso dessas substâncias, que variou desde nenhum tipo de efeito colateral a redução de sono e aceleração do batimento cardíaco, alteração do apetite e da função intestinal. O fato de a maior parte dos usuários de suplementos estarem na faixa dos 15 a 19 anos sugere que os adolescentes são os mais vulneráveis à influência dos apelos desses produtos, uma vez que nessa idade o desejo por resultados rápidos é maior⁽³⁵⁾.

Neste estudo chamou atenção o elevado número de meninas que apresentavam distorções da imagem, insatisfação corporal e baixa autoestima resultado bastante semelhante a encontrados em estudos nacionais e internacionais. Leal⁽³⁶⁾ identificou aproximadamente 30 estudos nacionais que verificavam a existência de fatores associados a comportamento de risco para TA, sendo o fator associado mais citado à imagem corporal. A literatura indica que a insatisfação com a imagem corporal e a ocorrência de transtornos alimentares é influenciada por pressões culturais, dos meios de comunicação e as relações interpessoais (familia e amigos), que incentivam um ideal de beleza inatingível para a maioria dos adolescentes. Na sociedade globalizada de hoje o ideal de beleza espalhados em diferentes contextos sociais, econômicos e culturais valoriza a figura do corpo magro, além de estigmatizar a figura da obesidade como algo a ser rejeitada e repugnada⁽³⁰⁾.

Algumas meninas do estudo consideram como ícones de beleza atrizes e modelos que tinham em comum a beleza magra. Para Becker et al.⁽³⁷⁾ nos Estados Unidos, as meninas que tentam parecer com as modelos televisivas, apresentaram maior risco de binge (ingestão de grande quantidade de alimentos em um período de tempo) e uso de estratégias extremas de controle de peso extremas. Na China, foram observados resultados semelhantes a este, com meninas que tentam paracer com atrizes e modelos, inclusive através de intervenções cirúrgicas⁽³⁸⁾.

A ação educativa teve efeito positivo nas adolescentes, percebida pela elevada frequência aos encontros e participação ativa nas atividades propostas, bem como na produção do material educativo divulgado para a comunidade escolar onde se buscou tirar o foco no peso e aparência corporal através da valorização da diversidade de tipos e formas corporais e das verdadeiras qualidades humanas. As adolescentes também utilizaram as mídias, para divulgarem atitudes e comportamentos que devem ser desencorajados como: a prática de dietas e exercícios físicos sem orientação.

Conclusão

O estudo possibilitou identificar uma demanda de adolescentes escolares do sexo feminino com risco para transtornos alimentares. A ação educativa embasada na abordagem problematizadora estimulou as jovens como formadoras de opinião entre seus pares quanto à problemática dos transtornos alimentares possibilitando a melhoria da autoestima e satisfação corporal nesse grupo. Sugerem-se a partir destes resultados

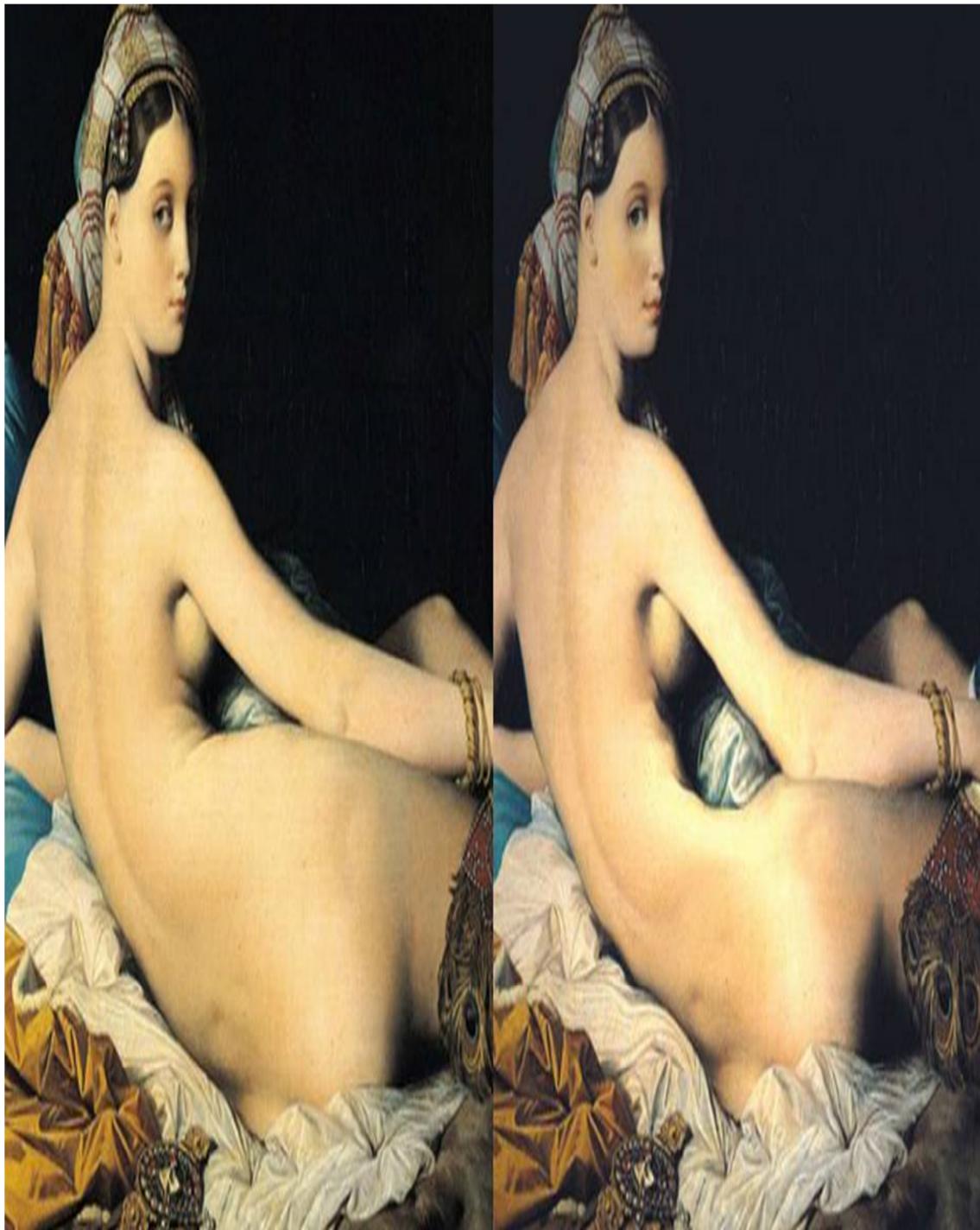
outras ações, com maior número de participantes e inclusão de outras temáticas, na estratégia de prevenção dos transtornos alimentares, reconhecendo o cenário escolar como ambiente propício a atividades de promoção à saúde física e mental a este grupo etário.

Referências

1. Baum A. Eating disorders in the male athlete. *Sports Medicine*. 2006;36(1):1-6.
2. Schaal K, Tafflet M, Nassif H, et al. Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS one*. 2011;6(5):1-9.
3. Cordás TA, Salzano FT. Aspectos gerais dos transtornos alimentares - características, critérios diagnósticos, epidemiologia e etiologia. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Philippi ST. Nutrição e transtornos alimentares –Avaliação e tratamento. Barueri: Manole, 2010. p. 5-15.
4. Cobelo AW, Gonzaga AP, Nicoletti M. Transtornos Alimentares e seus Aspectos Psicológicos. *Revista Nutrição Profissional*. 2007;11(1):35-41.
5. Kirsten VR, Fratton F, Porta NBD. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Revista de Nutrição*. 2009;22(2):219-227.
6. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, et al. Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*. 2004;80(1):49-54.
7. Conti MA, Frutuoso MFP, Gambardella AMD. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*. 2005;18:491-497.
8. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002;24(Supl III):34-38.
9. Dunker KLL. Prevenção dos transtornos alimentares: uma revisão metodológica. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr.* 2009;34(2):195-211.
10. Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2005;9(16):39-52.
11. Dias MCN. O modelo de escola charter: a experiência de Pernambuco revisão crítica Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial e Fundação Itaú Social, 2010. Coleção excelência em gestão educacional; 2.
12. Cordás, TA, Castilho S. Imagem corporal nos transtornos alimentares: instrumento de avaliação: body shape questionnaire. *Psiquiatr. Biol.* 1994;2(1):17-21.

13. Di Pietro, M.C. Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ-“Body Shape Questionnaire” em uma população de estudantes universitários. Dissertação [Mestrado Faculdade de Ciências Médicas]- Universidade Federal de São Paulo; 2002.
14. Stice E, Shaw H, Marti CN. A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention programs: Encouraging Findings. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007;(3):207-221.
15. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde.* 2011;35(4):438-442.
16. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-Mendonça J. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciências & saúde coletiva.* 2008;13(sup 2):2133-2144.
17. Stice, E. Shaw H, Burton E, et al. Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: A Randomized Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, NIH Public Access Author Manuscript,* 2005:1-22.
18. Dunker K, Philippi S, Ikeda J. Interactive Brazilian program to prevent eating disorders behaviors: A pilot study. *Eating Weight Disord.* 2010; (15):270-274.
19. Bojorquez I, Saucedo-Molina TJ, Juárez-García F, et al. Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cad. Saúde Pública.* 2013;29(1):29-39.
20. Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AI, et al. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord.* 2006;(39):565–9.
21. Schulte SJ, Thomasz J. Relationship between eating pathology, body dissatisfaction and depressive symptoms among male and female adolescents in the United Arab Emirates. *Eating Behaviors,* 2013;14(2):157–160.
22. Saito S, Kobayashi T, Kato S. Management and treatment of eating disorders with severe medical complications on a psychiatric ward: a study of 9 impatients in japan. *Eat Behav.* 2013;14(2):157-60. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.01.015. Epub 2013 Feb 17.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
24. Stice E, Mazotti L, Weibel D, et al. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *Int. J. Eat. Disord.* 2000;27(2):206-217.
25. Swanson S, Crow SJ, Le Grange D, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry.* 2011 mar:20-28.
26. WHO. World Health Organization. Child and adolescent health and development: overview of CAH-Adolescent and development. Geneva: 2012.

27. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Revista de Nutrição*. 2001;14(14):3-6.
28. Silva TAB. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(3):154-8.
29. Mayer APF, Weber LD. Influência da escola na alimentação e na atividade física da criança. *Com. Educ.* 2013;5(1):1-19.
30. Santana MLP, Ribeiro Júnior HC, Raich RM. La epidemiología y los factores de los transtornos alimentarios en la adolescencia; una reseña. *Nutr Hosp*. 2012; 27:391-401.
31. Souto S, Ferro-Bucher J. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*. 2006;19(6):693-704.
32. Cook BJ, Hauseblas HA. The role of exercise dependence for the relationship between exercise behavior and eating pathology: mediator or moderator? *J Health Psychol*. 2008;13(4):495-502.
33. Zunker C, Mitchell JE, Wonderlich SA. Exercise interventions for women with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2011;44(7):579-84.
34. Caparros DR, Stulbach TE, Nunes DC, et al. Ingestão protéica de praticantes de musculação de uma academia do município de Santo André. *EFDeportes*. 2009;(132):13-19.
35. Sussmann K. Avaliação do consumo de suplementos nutricionais por praticantes de exercício físico em academia na zona sul do rio de janeiro. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*. 2013;7(37):35-42.
36. Leal GVS. Fatores associados ao comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes na cidade de São Paulo. Tese [doutorado em saúde pública]-Universidade de São Paulo; 2013.
37. Backer JH, Maes HH, Lissner L, et al. Genetic risk factors for disordered eating in adolescent males and females. *J Abnormal Psychology*. 2009; 118:576-586.
38. Chen H, Jackson T. Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;16(5):375-85.



“A grande odalisca” de Jean Dominique Ingres

6 Conclusões

A mudança no estilo de vida da sociedade ocidental e o avanço tecnológico aumentou o acesso a diferentes tipos de mídia e esta, por sua vez, tem vinculado um padrão de beleza irreal na maioria das vezes incompatível com a saúde, além de estimular o consumo alimentar excessivo de baixo valor nutritivo. O adolescente, que ainda está passando por mudanças e formando identidade corporal, tende a se sentir insatisfeito com sua imagem. A partir desta insatisfação começa a busca por um corpo ideal, que é magro para as adolescentes do sexo feminino e forte para os adolescentes do sexo masculino.

Verificou-se que antes da ação educativa existia uma elevada prevalência de insatisfação corporal, sendo expressivo o percentual de adolescentes que mesmo apresentando o IMC considerado adequado gostariam de ser mais magras. Talvez influenciadas por modelos e atrizes de corpos magros apontados por elas como sendo o padrão ideal de beleza feminina. Além disso, muitas expressaram o desejo de realizar cirurgia plástica se tivessem oportunidade.

A ação educativa utilizando metodologias ativas foi uma aliada importante como estratégia na prevenção dos transtornos alimentares, estimulando as adolescentes a refletirem como poderiam contribuir para a melhoria das condições de saúde e autoestima. O envolvimento da comunidade escolar foi essencial para o sucesso da ação educativa através da participação dos professores e coordenadores nos encontros, pela possibilidade de sensibilizá-los sobre a problemática dos transtornos alimentares.

A escola tem representado um importante cenário para o encontro entre saúde e educação abrigando amplas possibilidades de iniciativas, como de promoção e prevenção da saúde de crianças e adolescentes, que poderão contribuir na redução dos riscos ligados a estas fases da vida.

A implementação de uma ação educativa utilizando a metodologia da problematização na prevenção dos transtornos alimentares teve impacto positivo na medida em que a produção do conhecimento gerado no grupo operativo propiciou uma reflexão crítica sobre os padrões de beleza impostos socialmente e o papel da mídia na valorização da beleza magra como bem de consumo, em detrimento de aspectos que envolvem valores éticos e morais no convívio em sociedade. Contribuindo para aumento da autoestima, diminuição do comportamento alimentar alterado, e desconstrução de mitos sobre os exercícios físicos entre as adolescentes.

RERÊNCIAS

ABASCAL, L.; BROWN, J. B.; WINZELBERG, A. J.; DEV, P.; TAYLOR, C. B. Combining Universal and Targeted Prevention for School-Based Eating Disorder Programs. **International journal of eating disorders**, v. 35, n. 1, p. 1-9, 2004.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

AGRAS, W.S. The consequences and costs of the eating disorders. **Psychiatric clinics of north America**, v.24, n. 2 p.371-379, 2001.

ALVARENGA, M., et al . Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.59, n.1, p.44-51, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Fourth edition (DSM 5). Washington (DC): American psychiatric press, 2013.

ARAÚJO, M.X; HENRIQUES, M.I.S. Que “diferença faz a diferença” na recuperação da anorexia nervosa? **Revista de Psiquiatria clínica, São Paulo**, v.38, n.2, p.71-76, 2011.

ARCELUS J, MITCHELL A, WALES J, NIELSEN S. Is there an elevated mortality rate in anorexia nervosa and other eating disorders? A meta-analysis of 36 studies. **Archives of General Psychiatry**, v.68, p. 724-731, 2011.

ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 669-679, 2003.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2009.

BAUMRIND, D. A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. **New Directions of Child Development**, v.1987, n. 37, p.93-125, 1987.

BERBEL, N.A.N.; COLOMBO, A.A. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, 2007.

BERGER, U; SCHILKE, C; STRAUSS, B. Weight concerns and dieting among 8-12 year-old children. **Psychother psychosom med psychol**, v.55, n.7, p. 331-338, 2005.

BIGUETTI, F. **Tradução e validação do eating attitudes test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**. 2003. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem-área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BIRCH, L.L.; FISHER, J.O. Development of eating behaviors among children and adolescent. **Pediatric**, Springfield, v.101, p.539-49, 1998.

BORDENAVE, J.D; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino de aprendizagem**. Petrópolis: Ed. Vozes, 20 ed. 1999.

BORGES, N.J.B.G. et al. Transtornos alimentares-quadro clínico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.39, n. 3, p. 340-348, 2006.

BRASIL, **Saúde e Educação:uma relação possível e necessária**. Secretaria de Educação a Distância. Brasília : Editora Ministério da Educação. Ano XIX boletim 17 - Novembro/2009.

BROWN, K. M. et al. Maternal influence on body satisfaction in black and white girls aged 9 and 10:NHLBI growth and health study (NGHS). **Annals of Behavioral Medicine**, Washington, v.17, n. 3, p.213-20, 1995.

BUSSE, S. R.; SILVA, B. L. Transtornos Alimentares. In: BUSSE SR, editor. **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Barueri, SP: Manole; 2004. p. 31-110.

CARVALHO, F.A. Anorexia nervosa: diagnóstico, mudanças no perfil e tratamento. **Pediatria Moderna**, v. 49, n.7, p. 296-299, 2013.

CAVALCANTI, A.M.T.S. **Transtornos alimentar em escolares da cidade do Recife, PE.** 2010. 139f. Tese (Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente) Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2010.

CERQUEIRA, M.T. A construção da rede Latino Americana de escolas promotoras de saúde. In: Brasil. Ministério da saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

CONRADO, L.A. 2008. 181f. **Prevalência do transtorno dismórfico corporal em pacientes dermatológicos e avaliação da crítica sobre os sintomas nessa população.** Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CORDÁS, T.A, CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares: instrumento de avaliação: Body Shape Questionnaire. **Psiquiatria Biológica**, São Paulo, v.2, n.1, p.17-21, 1994. .

CORDÁS, T.A.; SALZANO, F.T.; RIOS, S.R. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: PHILIPPI, S.T; ALVARENGA, M, editores. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional.** Barueri, SP: Manole; 2004. p. 39-62.

CORDÁS, T.A. et al. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 31, n.4, p.154-157, 2004.

CORDÁS, T.A.; NEVES, J.E.P. Escalas de Avaliação de Transtornos Alimentares. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.1, n.26, p.41-47, 1999.

DAVIM, R.M.B et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista da rede de Enfermagem do Nordeste.** Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun. 2009.

DAVISON, K.K.; BIRCH, L.L. Weight status, parent reaction, and self-concept in fiveyear-old girls. **Pediatrics**, Springfield, v.107, p.46-53, 2001.

DEL PRIORE, M. **Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil.** São Paulo: Editora SENAC, 2000, 108 p.

DI PIETRO, M.C. **Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ "Body Shape Questionnaire" em uma população de estudantes universitários.** 2002. 201f . (Mestrado em Psiquiatria). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

DUNKER, K.L.L. Prevenção dos transtornos alimentares: uma revisão metodológica. **Nutrire: Revista da sociedade brasileira de alimentação e nutrição**, São Paulo, v.34, n.2, p.195-211, 2009.

ESPINDOLA, C.R.; BLAY, S.L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.28, n.3, p.265-275, 2006.

FERNANDES, A.E.R. **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte.** 2007.144f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FIDÉLIX, Y. L. et al. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de uma cidade de pequeno porte: associação com sexo, idade e zona de domicílio. **Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.13, n.3, p. 202-207, 2011.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. Integração das Políticas de Saúde e Educação. In: **BRASIL, Saúde e Educação: uma relação possível e necessária**. Secretaria de Educação a Distância. Brasília. Ministério da Educação. Ano XIX boletim 17 - Novembro/2009.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 397-402, 2010.

FLEITLICH-BILYK, B.; SCIVOLETTO, S. O que fazer de agora em diante? In: **FLEITLICH-BILYK B.; ANDRADE, E.R.; SCIVOLETTO, S.; PINZON, V.D. A. Saúde Mental do Jovem Brasileiro**. São Paulo/SP: Edições Inteligentes; 2004.

FLICK U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Trad. S Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

FONSECA, M.R. A história da beleza. **Marraio**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 58-64, 2013.

FRANKO, D.B et al. Do Mortality Rates in Eating Disorders Change over Time? A Longitudinal Look at Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. **The American Journal of Psychiatry**, v.170, n.8, p. 917-925, 2013. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070868

FREITAS, S., GORENSTEIN, C., APPLINARIO J. C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria**, São Paulo, v.24 (Supl III), p. 34-38, 2002.

FORTES, L.S; ALMEIDA, S.S; FERREIRA, M. E. C. Prevalência de insatisfação corporal e comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares em jovens atletas. **Pensar a Prática**, v. 17, n. 1, p.1-294, 2014.

GONÇALVES, A.J. et al. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-103, 2013.

HABERMAS, T.O. The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. **International Journal of eating disorders**, v.29, n. 6, p. 403-410, 1989.

HERNÁDES SAMPIERE, R. Métodos mistos In: Roberto Hernánes Sampieri, Carlos Fernández Collado, María del Pilar Baptista Lucio; Tradução: Daisy Vaz de Moraes. 5 ed. **Metodologia da pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 548-601.

HERZOG, D.B. et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. **International Journal of eating disorders**, v. 28, n. 1, p.20-26, 2000.

HOEK, H.W.; HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. **International Journal of eating disorders**, v.34, n.4, p.383-396, 2003.

HUAS, C. et al. Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.123, p. 62–70, 2011.

IPOLLITO-SHEPHERD, J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: Sociedade brasileira de Pediatria. **Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.

JORDAN, J. et al. Bulimia nervosa-nonpurging subtype: Closer to the bulimia nervosa-purging subtype or to binge eating disorder?. **International Journal of Eating Disorders**, v. 47, n. 3, p. 231-238, 2014.

KAKESHITA, I. S. **Adaptação de Validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros**. 2008. 118f. Tese (Doutorado em Ciências: área psicobiologia)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

KESSELER, R. C. et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **Biological Psychiatry**, v. 73, n.9, p. 904-914, 2013.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LEAL, G.V.S. et al. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 62-75, 2013.

LEONIDAS, C. **Redes sociais e apoio social no contexto dos transtornos alimentares**. 2012. 227f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, São Paulo, 2012.

LEOPARDI, M.T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti; 2001.

LOURENÇO,B; QUEIROZ, L.B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.89, n.2, p.70-75, 2010.

LOUNZÃ-NETO, M. R.; CORDÁS, T. Transtornos da alimentação e da personalidade: curso e no prognóstico da doença. **Transtornos de Personalidade**, Porto Alegre: Artmed, 2011.

LUCCHESE, R; BARROS, S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. **Revista eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.9, n. 3, p. 796-805, 2007.

MATHEUS MCC, FUSTIONI SM (org). **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. 1 ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MINAYO MCS. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 2010.

MIRANDA, V.P.N. et al . Estudo transversal sobre imagem corporal de adolescentes. **Psicologia: teoria e prática.** São Paulo, v. 15, n. 3, p. 151-162, 2013.

MOYA T. Transtornos alimentares no pronto-socorro. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v.8, Supl.2, p.20-30, 2003.

NAKAMURA K. et al. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. **International Journal of eating disorders**, v.28, n.3, p.173-180, 2000.

NAWKA, A. et al. Psychiatric disorders and aggression in the printed media: is there a link? a central European perspective. **BMC psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 19, 2012.

NIELSEN, S. Epidemiology and Mortality of Eating Disorders. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 24, n.2, p. 201-14, 2001.

NILSON, G. et al. Espelho, espelho meu: um estudo sobre autoimagem corporal de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 112-120, 2013.

NOBAKHT, M; DEZHAKAM, M. An Epidemiological Study of Eating Disorders in Iran. **International Journal of Eating Disorders**, v.28, n. 3, p.265-271, 2000.

NUNES, MA, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT-26). **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.16, n.1, p. 7-10, 1994.

NUNES, M A. A.; ABUCHAIM, A L. G. Anorexia nervosa parte I: quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologias. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.44, p.5-9, 1995.

NUNES, M.A.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.** www.who.int acessado em 15 de janeiro de 2011.

OLIVEIRA, L.L.; HUTZ, C.S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, 2010.

PEREIRA-JÚNIOR, M.; CAMPOS-JÚNIOR, W.; SILVEIRA, F. V. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 7. n. 42. p.345-352, 2013.

PEREIRA MG. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Ed. Guanabara Koogan 3a. Reimpressão, Rio de Janeiro, 2006.

PEREIRA, T.T.S.N. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v.14, n.1, p. 21-29, 2013.

PERNAMBUCO (Estado). Secretaria de Educação. Programa de Educação Integral. **Relatório de Gestão 2008 – 2009**. Recife, 2009. 33 p.

PERNAMBUCO. Decreto no 39.039, de 4 de janeiro de 2013. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco –Poder Executivo, Pernambuco, PE**, 5 jan.2013.p.3.94.

PINHEIRO, A.P.; GIUGLIANI, E.R.J. Who are the children with adequate weight who feel fat? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.82, n.3, p.232-235, 2006.

PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos Alimentares**. 1^a ed. São Paulo: Manole, 2004.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5^a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

PRISCO, A. et al. Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p.1109-1118, 2013.

REIS, D.C. et al. Vulnerabilidades e acesso em saúde na adolescência na perspectiva dos pais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 594-606, 2014.

RESSEL, LB. **Vivenciando a sexualidade, na assistência de Enfermagem: um estudo na perspectiva cultural**. São Paulo. 333f. Tese (Programa interunidades de doutoramento em Enfermagem), Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, 2003.

RESTA, D.G.; MOTTA, M. C. Percepções da família sobre o processo de adoecer: contribuições para a formação da rede de atendimento ao adolescente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n.4, p.624-632, 2013.

RODRIGUES, M. O gordo, o belo e o feio: o embate entre obesidade e padrões estéticos. **ComCiência**, Campinas, n.145, p. 0-0, 2013.

ROJO, L. et al. Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 Years. **International Journal of eating disorders**, v. 34, n. 3, p.281-291, 2003.

RUZANY, M.H. Atenção à saúde do adolescente: Mudança de paradigma. In: BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Saúde do adolescente: competências e habilidades** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

SCHERER, F. C et al. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 198-202, 2010.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SERON, C; DEL PRETTE, A; MILANI, R. G. The construction of the feminine identity in adolescence: a focus on the mother and daughter relationship. **Psicologia: teoria e prática**. São Paulo, v. 13, n. 1, p.154-164, 2011.

SILVA, D. F. M.; HUTZ, C. S. Avaliação psicológica de crianças e adolescentes em situação de risco. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 73-79, 2002.

SILVA, C.S. et al. Escola promotora de saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In: LOPEZ, F.A; CAMPOS JÚNIOR D. **Tratado de pediatria**. Barueri: Manole; 2007.

SILVERMAN, J.A. Historical development. In: Halmi KA, ed. **Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa**. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1992. p. 3-17.1992.

STICE, E; BECKER, C.B.; YOKUM, S. Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. **International Journal of Eating Disorders**, v. 46, n. 5, p. 478-485, 2013.

STICE, E.; SHAW, H.; MARTI, C.N. A meta-analytic review of disorder prevention programs: encouraging findings. **Annual review of clinical psychology**, v.3, p.207-221, 2007.

STUNKARD, A.J. Does obesity run infamilies because of genes? An adoption study using silhouettes as a measure of obesity. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Suppl 370:S67-72, 1993.

SULLIVAN-BOLYAI, S; BOVA, C. Desenhos experimentais e quase-experimentais. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2013. p.182-198.

WHO. World Health Organization. **Child and Adolescent Health and Development:Overview of CAH – Adolesct and development**. Disponível em: <http://www.who.int/childadolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm> Acesso em: 21/10/2010.

WHO. World Health Organization. (1995). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization.



“Vénus” de Jean Dominique Ingres

Apêndices

APÊNDICE A

Carta de anuênciā

ATT: Diretora da Escola de Referência de Ensino Médio Silva Jardim

Venho por meio desta solicitar a VS^a carta de anuênciā que me possibilite a utilizar as dependências da escola, com o objetivo de coletar dados para a tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco.

Agradecemos antecipadamente.

Ana Catarina Torres de Lacerda

Doutoranda do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente-UFPE

APÊNDICE B

Carta aos pais, solicitando a participação de suas filhas neste estudo

Prezados Pais:

Sou enfermeira e aluna de doutorado do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa “REPERCUSSÕES DE UMA AÇÃO EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MENINAS ADOLESCENTES”

Sua filha manifestou o interesse em participar desse estudo, que consiste na aplicação de alguns questionários que irá avaliar hábitos e atitudes do comportamento alimentar, satisfação com sua aparência física. Além da medida de seu peso, altura e avaliação da massa corpórea. Comprometo-me que não será possível a sua identificação e todas as informações serão mantidas em sigilo, sendo utilizado apenas esse estudo.

A participação de sua filha é muito importante, e por isso, venho por meio desta, solicitar a sua permissão, assinando o termo de consentimento em anexo, que deverá ser devolvido na escola o mais breve possível.

Qualquer dúvida, não hesite em me ligar no telefone: (81) 9147-0446.

Antecipadamente sou-lhe grata pela atenção,

Ana Catarina Lacerda

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sua filha está sendo convidada para participar, como voluntária, de um estudo relacionado à educação na prevenção de transtornos alimentares. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de consentir a participação de sua filha neste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora. Em caso de recusa você não será penalizado. Em caso de dúvida você pode entrar em contato com a pesquisadora.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título: Educação em saúde na prevenção de transtornos alimentares em meninas adolescentes.

Pesquisadora: Ana Catarina Torres de Lacerda-Enfermeira (81) 9147-0446

Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente-UFPE

O objetivo deste estudo será: Averiguar mudanças na percepção corporal e comportamento alimentar após implementação de uma ação educativa.

Para alcançar estes objetivos será realizada entrevista e filmagem com as adolescentes, após consentimento livre e esclarecido, utilizando roteiros embasados nestes objetivos preenchidos por ela mesma, e ainda uma ação educativa na escola fora do horário de aula. Sendo assegurado à entrevistada o sigilo e a privacidade das informações fornecidas durante a pesquisa, a qual não ocasionará nenhum risco físico, podendo, entretanto acarretar constrangimento haja vista que a pesquisadora não possui contato anterior com as entrevistadas. Você tem a liberdade de recusar a participação da sua filha ou solicitar novos esclarecimentos ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Informo ainda, que durante a entrevista sua filha terá a oportunidade de esclarecer suas dúvidas em relação à prevenção dos transtornos alimentares.

Espera-se que as informações colhidas possam subsidiar a implementação de ações que favoreçam a prevenção dos transtornos alimentares neste grupo etário.

Esclareço também que os resultados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, na elaboração de trabalhos acadêmicos, na elaboração de tese de doutorado e trabalhos para apresentação em congressos/eventos científicos e publicação em revista científica, porém, sua identidade jamais será revelada.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Li e entendi todas as informações deste estudo, sendo devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento obtenham fotografia, filmagem ou gravação de voz de minha filha para fins de pesquisa científica/educacional assim como, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade sobre a minha pessoa. Dou livremente meu consentimento para participar do estudo até que decida o contrário.

Dessa forma e na ciência das informações acima:

Eu _____ responsável por _____, autorizo-a a participar deste estudo.

Nome e assinatura (Responsável): _____

Nome e assinatura (voluntária): _____

Recife, _____ de _____ de 2012

APENDICE D

Questionário geral

Por favor, responda TODAS as perguntas abaixo. Em caso de dúvidas, consulte a aplicadora.

Data da aplicação: _____ / _____ / _____

Informações gerais:

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Idade: _____

Idade da 1^a menstruação: _____

Já engravidou? () sim () não Possui filhos? () sim () não

Com quem você reside? _____

Seus pais vivem juntos? () sim () não

Qual a ocupação de seu pai? _____

Qual a ocupação de sua mãe? _____

Qual a renda da sua família? _____

ESCOLARIDADE DE SEU PAI:

Analfabeto	Ensino fundamental
incompleto	Ensino fundamental
completo	Ensino médio incompleto
Ensino médio completo	superior
completo	Superior incompleto
Pós-graduação	Não sei

ESCOLARIDADE DE SUA MÃE

Analfabeto	Ensino fundamental
incompleto	Ensino fundamental
completo	Ensino médio incompleto
Ensino médio completo	superior
completo	Superior incompleto
Pós-graduação	Não sei

Hábitos de vida e condições de saúde:

Durante SUA VIDA, quantas vezes você?

Bebeu bebidas alcoólicas?	Nenhuma vez	1 a 2 vezes	3 a 9 vezes	10 a 19 vezes	40 ou mais vezes
Fumou cigarros?	Nenhuma vez	1 a 2 vezes	3 a 9 vezes	10 a 19 vezes	40 ou mais vezes
Fumou maconha?	Nenhuma vez	1 a 2 vezes	3 a 9 vezes	10 a 19 vezes	40 ou mais vezes
Utilizou cocaína (em qualquer forma, inclusive pó?)	Nenhuma vez	1 a 2 vezes	3 a 9 vezes	10 a 19 vezes	40 ou mais vezes
Cheirou cola ou outras substâncias inaláveis?	Nenhuma vez	1 a 2 vezes	3 a 9 vezes	10 a 19 vezes	40 ou mais vezes

Durante o ÚLTIMO MÊS

Quantos cigarros você fumou por dia? (leve em conta apenas os dias e que fumou)	Não fumei nos últimos dias	Menos de 1cigarro por dia	1 cigarro por dia	2 a 5 cigarros por dia	6 a 10 cigarros por dia	11 a 20 cigarros por dia	Mais de 20 cigarros por dia
Quantas vezes você bebeu ao menos 1 dose de bebida alcoólicas?	Nenhum dia	1 a 2 dias	3 a 5 dias	6 a 9 dias	10 a 19 dias	20 a 29 dias	Todos os dias

() Preguiça () canso-me com facilidade () Medo da violência

() falta de local apropriado () falta de tempo

() outros (cite): _____

Em um dia comum da semana (dia de aula), <u>quantas horas de tv você assiste?</u>	Não assisto nos dias de semana	Menos de 1h/dia	1h/ dia	2h/ dia	3h/ dia	4h/ dia	5h ou mais/ dia	Não sei/não tenho certeza
---	--------------------------------	-----------------	---------	---------	---------	---------	-----------------	---------------------------

Você, e seu corpo

Como você se considera com relação ao seu corpo? () Peso ideal () Muito acima do peso

() Pouco acima de peso () Muito abaixo de peso

Deseja modificar seu peso? () sim () não

Se sim, como deseja modificá-lo(perder/ganhar) e quantos quilos?

() Perder ____ Kg () ganhar ____ Kg

Se você respondeu sim, por qual razão você deseja modificar seu peso?

Há quanto tempo você mantém seu peso atual? (considere uma variação de um quilo a mais ou a menos)	Menos de um mês	De 1 a 2 meses	De 2 a 6 meses	De 6 meses a 1 ano	De 1 a 2 anos	Mais de 2 anos	Não sei não tenho certeza
---	-----------------	----------------	----------------	--------------------	---------------	----------------	------------------------------

O que mais você gosta e o que menos gosta em seu corpo?

Mais gosta: _____

Menos gosta: _____

Faria alguma cirurgia plástica para melhorar o que você não gosta em seu corpo?

() sim () não

Você já fez alguma cirurgia plástica?

() sim () não

Se sim, o que fez?

Você usa algum creme para o rosto?

() sim () não

Se sim, qual a sua finalidade?

Faz algum tipo de tratamento estético em seu corpo (considere drenagem linfática, massagem redutora, etc...)?

() sim () não

Se sim, o que faz?

Você já ouviu falar nos distúrbios alimentares?

() sim () não

Se sim, de qual (is) você já ouviu falar?

() anorexia () bulimia () compulsão alimentar

() outro (cite):

Como você ficou sabendo da existência desses transtornos?

Conhece alguém que teve distúrbio alimentar?

() amigo () familiar () não conheço

Nos meios de comunicação (TV, revistas, internet) quais as pessoas com aparência física mais bonita, em sua opinião?

Mulher: _____

Homem: _____

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Muito obrigada pela sua contribuição!

APENDICE E

Ficha de avaliação atropométrica

ATENÇÃO: NÃO PREENCHA ESTA PARTE DO QUESTIONÁRIO

FICHA DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Nome: _____

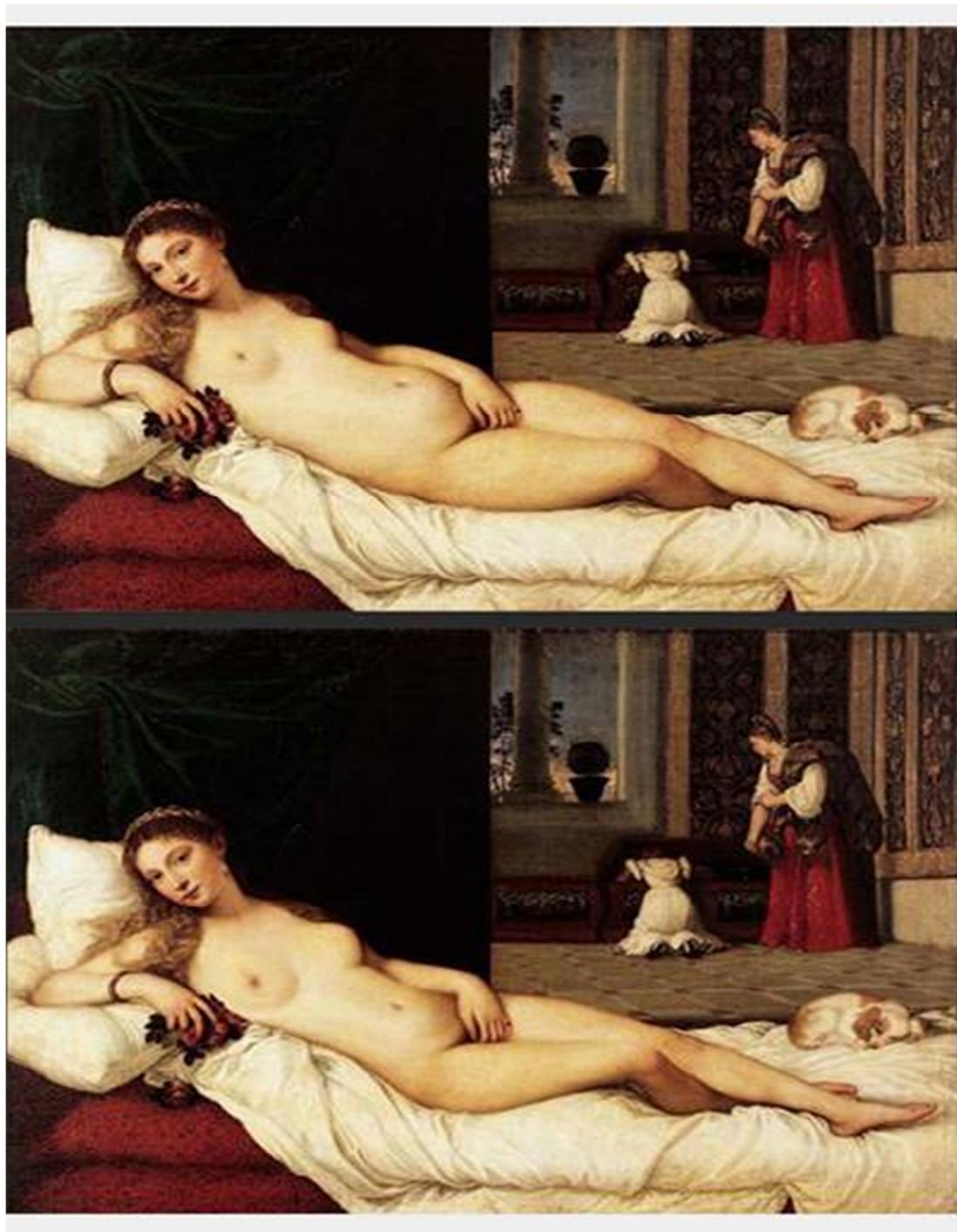
Data da aplicação: _____

Peso: _____

Altura: _____

*Por favor, verifique se respondeu a **todos** os questionamentos.*

Muito obrigada pela sua contribuição!



“Vênus de Urbino” de Tiaciano

Anexos

ANEXO A

Author guidelines- European Eating Disorders Review

Manuscript Submission

European Eating Disorders Review has now adopted ScholarOne Manuscripts, for online manuscript submission and peer review. The new system brings with it a whole host of benefits including:

- Quick and easy submission
- Administration centralised and reduced
- Significant decrease in peer review times

From now on all submissions to the journal must be submitted online at <http://mc.manuscriptcentral.com/erv>. Full instructions and support are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. If you require assistance then click the Get Help Now link which appears at the top right of every ScholarOne Manuscripts page. If you cannot submit online, please contact Maurine Balansag in the Editorial Office (EEDRedoffice@wiley.com).

Illustrations must be submitted in electronic format. Save each figure as a separate file, in **TIFF** or **EPS** format preferably, and include the source file. We favour dedicated illustration packages over tools such as Excel or Powerpoint. Grey shading (tints) are not acceptable. Lettering must be of a reasonable size that would still be clearly legible upon reduction, and consistent within each figure and set of figures. Supply artwork at the intended size for printing. The artwork must be sized to the text width of 7 cm (single column) or 15 cm (double column).

Manuscript style. All submissions, including book reviews, should be double-spaced and clearly legible.

The first page should contain the **title** of the paper, full names of all authors, the address where the work was carried out, and the full postal address including telephone, fax number and email to whom correspondence and proofs should be sent. The name(s) of

any **sponsor(s)** of the research contained in the paper, along with **grant number(s)** should also be included.

The second sheet should contain an **abstract** of up to 150 words. An abstract is a concise summary of the whole paper, not just the conclusions, and is understandable without reference to the rest of the paper. It should contain no citation to other published work. Include up to five **keywords** that describe your paper for indexing purposes.

- **Research articles** reporting new research of relevance as set out in the aims and scope should not normally exceed 6000 words with no more than five tables or illustrations. They should conform to the conventional layout: title page, summary, introduction, materials and methods, results, discussion, acknowledgements and references. Each of these elements should start on a new page. Authors may not find it necessary to use all of these subdivisions, and they are listed here only as a guide.
- **Review articles** should offer a synthesis of current knowledge in a field where rapid or significant progress has been made. The text should ideally not exceed 7000 words, 50 references and 5 figures or tables.
- **Brief reports** should concisely present the essential findings of the author's work and be comprised of the following sections: Abstract, Introduction and Aims, Method, Results, Discussion, and References. Tables and/or figures should be kept to a minimum, in number and size, and only deal with key findings. In some cases authors may be asked to prepare a version of the manuscript with extra material to be included in the online version of the review (as supplementary files). Submissions in this category should not normally exceed 2500 words in length.

Brief reports bring with them a whole host of benefits including: quick and easy submission, administration centralised and reduced and significant decrease in peer review times, first publication priority (this type of manuscript will be published in the next available issue of the journal).

- **Case Reports** The journal does not accept case reports for publication. Authors of case reports are encouraged to submit to the Wiley Open Access journal,

Clinical Case Reports www.clinicalcasesjournal.com which aims to directly improve health outcomes by identifying and disseminating examples of best clinical practice.

Reference style . The APA system of citing sources indicates the author's last name and the date, in parentheses, within the text of the paper.

A. A typical citation of an entire work consists of the author's name and the year of publication .

Example: Charlotte and Emily Bronte were polar opposites, not only in their personalities but in their sources of inspiration for writing (Taylor, 1990). Use the last name only in both first and subsequent citations, except when there is more than one author with the same last name. In that case, use the last name and the first initial.

B. If the author is named in the text, only the year is cited .

Example: According to Irene Taylor (1990), the personalities of Charlotte. . .

C. If both the name of the author and the date are used in the text, parenthetical reference is not necessary .

Example: In a 1989 article, Gould explains Darwin's most successful. . .

D. Specific citations of pages or chapters follow the year .

Example: Emily Bronte "expressed increasing hostility for the world of human relationships, whether sexual or social" (Taylor, 1988, p. 11).

E. When the reference is to a work by two authors, cite both names each time the reference appears .

Example: Sexual-selection theory often has been used to explore patterns of various insect matings (Alcock & Thornhill, 1983) . . . Alcock and Thornhill (1983) also demonstrate. . .

F. When the reference is to a work by three to five authors, cite all the authors the first time the reference appears. In a subsequent reference, use the first author's last name followed by *et al.* (meaning "and others") .

Example: Patterns of byzantine intrigue have long plagued the internal politics of community college administration in Texas (Douglas *et al.*, 1997) When the reference is to a work by six or more authors, use only the first author's name followed by *et al.* in the first and all subsequent references. The only exceptions to this rule are when some confusion might result because of similar names or the same author being cited. In that case, cite enough authors so that the distinction is clear.

G. When the reference is to a work by a corporate author, use the name of the organization as the author .

Example: Retired officers retain access to all of the university's educational and recreational facilities (Columbia University, 1987, p. 54).

H. Personal letters, telephone calls, and other material that cannot be retrieved are not listed in References but are cited in the text .

Example: Jesse Moore (telephone conversation, April 17, 1989) confirmed that the ideas. . .

I. Parenthetical references may mention more than one work, particularly when ideas have been summarized after drawing from several sources. Multiple citations should be arranged as follows .

Examples:

- List two or more works by the same author in order of the date of publication: (Gould, 1987, 1989)
- Differentiate works by the same author and with the same publication date by adding an identifying letter to each date: (Bloom, 1987a, 1987b)
- List works by different authors in alphabetical order by last name, and use semicolons to separate the references: (Gould, 1989; Smith, 1983; Tutwiler, 1989).

All references must be complete and accurate. Where possible the DOI for the reference should be included at the end of the reference. Online citations should include date of access. If necessary, cite unpublished or personal work in the text but do not include it in the reference list. References should be listed in the following style:

Journal Article

Gardikiotis, A., Martin, R., & Hewstone, M. (2004). The representation of majorities and minorities in the British press: A content analytic approach. *European Journal of Social Psychology*, 34 , 637-646. DOI: 10.1002/ejsp.221

Book

Paloutzian, R. F. (1996). *Invitation to the psychology of religion* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Book with More than One Author

Natarajan, R., & Chaturvedi, R. (1983). *Geology of the Indian Ocean* . Hartford, CT: University of Hartford Press.

Hesen, J., Carpenter, K., Moriber, H., & Milsop, A. (1983). *Computers in the business world* . Hartford, CT: Capital Press. and so on.

The abbreviation *et al.* is not used in the reference list, regardless of the number of authors, although it can be used in the text citation of material with three to five authors (after the initial citation, when all are listed) and in all parenthetical citations of material with six or more authors.

Web Document on University Program or Department Web Site

Degelman, D., & Harris, M. L. (2000). *APA style essentials* . Retrieved May 18, 2000, from Vanguard University, Department of Psychology Website: http://www.vanguard.edu/faculty/ddegelman/index.cfm?doc_id=796

Stand-alone Web Document (no date)

Nielsen, M. E. (n.d.). *Notable people in psychology of religion* . Retrieved August 3, 2001, from <http://www.psywww.com/psyrelig/psyrelpr.htm>

Journal Article from Database

Hien, D., & Honeyman, T. (2000). A closer look at the drug abuse-maternal aggression link. *Journal of Interpersonal Violence*, 15 , 503-522. Retrieved May 20, 2000, from ProQuest database.

Abstract from Secondary Database

Garrity, K., & Degelman, D. (1990). Effect of server introduction on restaurant tipping. *Journal of Applied Social Psychology*, 20 , 168-172. Abstract retrieved July 23, 2001, from PsycINFO database.

Article or Chapter in an Edited Book

Shea, J. D. (1992). Religion and sexual adjustment. In J. F. Schumaker (Ed.), *Religion and mental health* (pp. 70-84). New York: Oxford University Press.

The cost of printing **colour** illustrations will be charged to the author. If colour illustrations are supplied electronically in either **TIFF** or **EPS** format, they **may** be used in the PDF of the article at no cost to the author, even if this illustration was printed in black and white in the journal. The PDF will appear on the *Wiley Online Library* site.

Supporting	Information	(online	only)
Additional material such as video clips, lengthy Appendices (e.g. extensive reference lists or mathematical formulae/calculations), etc, that are relevant to a particular article but not suitable or essential for the print edition of the Journal, may also be considered for publication. Please refer to all supporting information in the manuscript using Table S1, Figure S1, etc, and supply such information as separate files (i.e. not embedded within the main manuscript). Further information on suitable file formats etc may be found here.			

Copyright

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the copyright transfer agreement

If the OnlineOpen option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs below:

CTA Terms and Conditions http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp

For authors choosing OnlineOpen

If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with Wellcome Trust and Research Councils UK requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy please visit: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>.

Note to NIH Grantees. Pursuant to NIH mandate, Wiley Blackwell will post the accepted version of contributions authored by NIH grant-holders to PubMed Central upon acceptance. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication. For further information, see www.wiley.com/go/nihmandate.

Further information. PDF Proofs will be emailed to the author for checking. This stage is to be used only to correct errors that may have been introduced during the production process. Prompt return of the corrected proofs, preferably within two days of receipt, will minimise the risk of the paper being held over to a later issue. Free access to the final PDF offprint of your article will be available via Author Services only. Please therefore sign up for Author Services if you would like to access your article PDF offprint and enjoy the many other benefits the service offers. Additional copies of the journal may be ordered. There is no page charge to authors.

ANEXO B

Normas publicação Revista da Escola de Enfermagem da USP

Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol e devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente, tanto no que se refere ao texto, como às figuras ou tabelas. Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação em qualquer fase.

Por ocasião do aceite do artigo para a publicação, quando redigidos em inglês ou espanhol por autores procedentes de países (ou radicados em) de língua portuguesa, será solicitada uma cópia em português da versão final.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado no final do resumo.

Os autores dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, conforme **modelo anexo**. A Revista condena vigorosamente o plágio e o autoplágio. Os autores devem se certificar de que o conteúdo é inédito e original. Ideias já publicadas devem ser citadas corretamente, em conformidade com as normas.

A REEUSP possui uma edição *on line* no idioma inglês. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da **Revista**, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

Categorias de artigos aceitos pela Revista

Artigo original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos, com metodologia rigorosa, resultados claramente expostos, discussão adensada e que agregue valor à ciência de Enfermagem. Limitado a 15 páginas.

Estudo teórico: análise de construtos teóricos da ciência de enfermagem ou áreas correlatas, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

Artigo de revisão

Revisão integrativa: método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área ou tema específicos, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento. São necessários padrões elevados de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Limitada a 20 páginas.

Revisão sistemática: método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de responder claramente a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados, que poderão ou não incluir metanálise ou metassíntese. Limitada a 20 páginas.

Relato de experiência profissional: estudo de caso contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

Carta ao editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando ou não concordância sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado pela Secretaria quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo devolvido para adequação, em caso de não atendimento às normas. Se aprovado nessa fase, o artigo é encaminhado para a Editora Científica que, com a colaboração das Editoras Associadas, dará início à avaliação do conteúdo do ponto de vista científico e da contribuição ao desenvolvimento da ciência de Enfermagem. O artigo é então encaminhado para dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade e opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Eventuais conflitos de interesse devem ser esclarecidos.

Forma e preparação dos artigos

O texto deve ser digitado na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e margens superior, inferior e laterais de 2,5 cm.

A *Página de título* deve conter: título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nomes completos e sem abreviações dos autores, numerados em algarismos arábicos, com a **titulação universitária máxima** de cada autor e as Instituições às quais pertencem; indicação do nome do autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado, pois ficará disponível na *Internet*; quando o artigo for extraído de tese ou dissertação, indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada;

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, o método, os resultados e a conclusão.

Descritores: devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (*Medical Subject Headings*), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

Texto

O corpo do texto do artigo deverá conter parágrafos distintos com: **Introdução, Método, Resultados, Discussão e Referências**.

Introdução: deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância, e as lacunas do conhecimento.

Método: os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. É necessário inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, para facilitar a compreensão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: deve corresponder aos objetivos ou às hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e na discussão, coerente com o título, a proposição e o método adotados. As limitações do estudo também devem ser destacadas.

Referências:

No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, ex.:⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, deverão ser separados por vírgula, ex.:^(1-2,4).

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser apresentadas de acordo com o Estilo “Vancouver”, elaborado pelo ICMJE, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. O número de referências não deve ultrapassar a **30. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.**

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão *on line*, a partir de 2009.

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados entre aspas, em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Ilustrações: tabelas, quadros e figuras, no máximo de cinco, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo.

Fotos e Imagens – serão publicadas exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 dpi.

Agradecimentos: a pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados; fontes de financiamento de instituições públicas ou privadas que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata deverão enviá-la à Secretaria da Revista por *e-mail*.

Exemplos de Referências periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de três autores

MacNeela P, Clinton G, Place C, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização
American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autores

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, et al. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, et al. The front door of the Ribeirão Preto Health System for diagnosing tuberculosis. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Understanding and treating cancer-related fatigue. J Support Oncol. 2006;4(2):72.

Artigo publicado em um volume com suplemento

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2009;43 Supl 1:8-15.

Artigo publicado em um fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. J Infus Nurs. 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo em um volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal*. 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo em um fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo publicado em fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. *Rev USP*. 2012;(92):100-13.

Artigo publicado em um número especial

Silva MS, Kimura M, Stelmach R, et al. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n.esp):1187-92.

Artigo sem indicação de fascículo e volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. *Orthop Nurs*. 2003;22(6):404-11. Erratum in: *Orthop Nurs*. 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Wangensteen S, Johansson IS, Björkström ME, et al. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *J Adv Nurs*. 2010 Apr 1. [Epub ahead of print]

Artigo no prelo (*in press*)

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limits and possibilities for evaluating the family health strategy to gender violence. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;47(2). In press

Artigo provido de DOI

Eduardo LP, Egry EY. Brazilian Child and Adolescent Statute: workers' views about their practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):18-24. DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

LIVROS

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgtant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2^a ed. Brasília; 2009.

Capítulo de livro cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados)Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10]; 63(3):366-70. Disponível em: //www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, et al. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento *Citing Medicine*, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e atualmente utilizado pelo *Uniform Requirements* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>).

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos que não sejam mantidos permanentemente em *sites*, não devem fazer parte da lista de referências.

O artigo deve ser encaminhado *on line* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta ao Editor informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente as publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

ANEXO C

Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

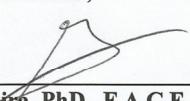
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Recife, 30 de novembro de 2011.

Prezadas Investigadoras

Informamos que foi aprovado na reunião do dia 23/11/2011, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, o projeto de pesquisa, **“EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MENINAS ADOLESCENTES;”**, nº registro do comitê 222 CAAE- 0224.0.236.000-11, conforme normas para pesquisa envolvendo seres humanos solução 196/96.

Atenciosamente,


Dr. Francisco Bandeira, PhD, F.A.C.E.
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Agamenon Magalhães

Estrada do Arraial – 2723 – Casa Amarela CEP: 52051380 – Fone: 31841769

ANEXO D

Questionário sobre a imagem corporal (BSQ-34)

NOME: _____
 DATA DA APLICAÇÃO: _____

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação a sua aparência. Por favor, leia cada questão e faça um círculo de tamanho apropriado na resposta que mais se adequar, utilizando a legenda abaixo:

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente
5. Muito frequentemente
6. Sempre

Nas últimas semanas:

1. Senti-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Você tem estado preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Você acha que suas coxas, quadris ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem sentido medo de ficar gorda(ou mais gorda) ?	1	2	3	4	5	6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
7. Você já sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu corpo?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade de menor de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas que fazem notar as formas do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6

18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6

19. Você se sente excessivamente grande e arredondada? 1 2 3 4 5 6

20. Você já teve vergonha do seu corpo? 1 2 3 4 5 6

21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? 1 2 3 4 5 6

22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estomago vazio (por exemplo, pela manhã)? 1 2 3 4 5 6

23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? 1 2 3 4 5 6

24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estomago? 1 2 3 4 5 6

25. Você acha injusto que outras mulheres sejam mais magras que você? 1 2 3 4 5 6

26. Você já vomitou para se sentir magra? 1 2 3 4 5 6

27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada num sofá ou no banco de ônibus)? 1 2 3 4 5 6

28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? 1 2 3 4 5 6

29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6

30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? 1 2 3 4 5 6

31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? 1 2 3 4 5 6

32. Você toma laxantes para se sentir magra? 1 2 3 4 5 6

33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando companhia de outras pessoas? 1 2 3 4 5 6

34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? 1 2 3 4 5 6

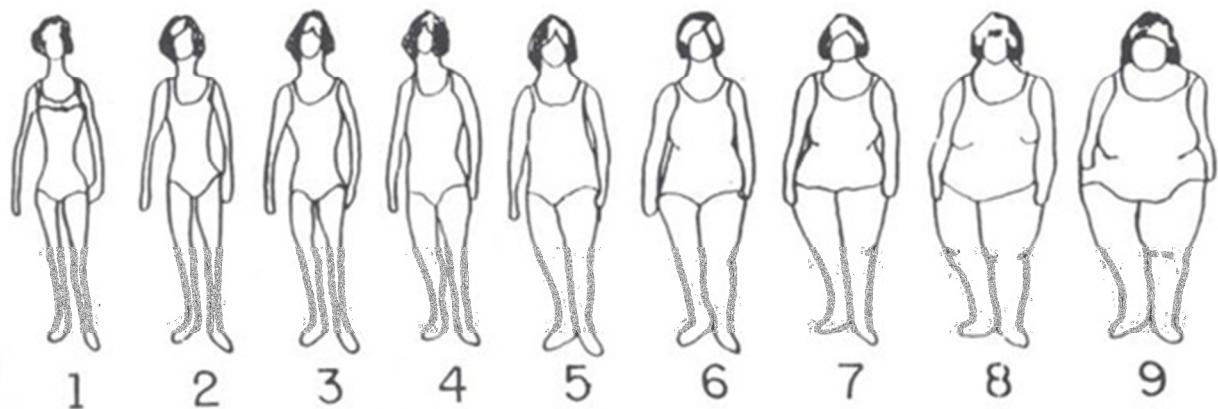
Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO E

Figura de silhueta corpórea (BFS)

A figura a seguir indica diversas garotas uma delas possui um número abaixo da imagem. Use esta figura e os números indicados para responder as questões a seguir:



Marque um X na opção que melhor descreve sua opinião:

O seu corpo se parece mais com qual destas imagens?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Qual destas figuras mostra como você gostaria de se parecer?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Por favor, verifique e respondeu a todos os questionamentos.

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO F

Questionário sobre a alimentação (EAT-26)

Por favor, escolha uma resposta para as questões abaixo:	Sempre	Muitas vezes	Ás vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1-Fico apavorada com a ideia de estar engordando	o	o	o	o	o	o
2- Evito comer quando estou com fome	o	o	o	o	o	o
3-Sinto-me preocupada com os alimentos.	o	o	o	o	o	o
4-Continuar a comer em excesso faz com que eu sinta que não sou capaz de parar	o	o	o	o	o	o
5- Corto os meus alimentos em pequenos pedaços	o	o	o	o	o	o
6- Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como	o	o	o	o	o	o
7- Evito particularmente os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc...)	o	o	o	o	o	o
8- Sinto que os outros gostariam que comesse mais	o	o	o	o	o	o
9- Vomito depois de comer	o	o	o	o	o	o
10- Sinto-me extremamente culpada depois de comer	o	o	o	o	o	o
11- Preocupo-me com o desejo de ser mais magra	o	o	o	o	o	o
12- Penso em queimar calorias a mais quando me exercito	o	o	o	o	o	o
13- As pessoas me acham muito magra	o	o	o	o	o	o
14- Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo	o	o	o	o	o	o
15- Demoro mais tempo para fazer minhas refeições	o	o	o	o	o	o
16-Evito comer alimentos que contenham açúcar	o	o	o	o	o	o
17- Costumo comer alimentos dietéticos	o	o	o	o	o	o
18- Sinto que os alimentos controlam a minha vida	o	o	o	o	o	o
19-Demonstro autocontrole diante dos alimentos	o	o	o	o	o	o
20- Sinto que os outros me pressionam para comer	o	o	o	o	o	o
21- Passo muito tempo pensando em comer	o	o	o	o	o	o
22- Sinto desconforto após comer doces	o	o	o	o	o	o
23- Faço regimes para emagrecer	o	o	o	o	o	o
24- Gosto de sentir meu estômago vazio	o	o	o	o	o	o
25-Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	o	o	o	o	o	o
26- Sinto vontade de vomitar após as refeições	o	o	o	o	o	o