

## TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES

### EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

Caroline Chemin<sup>1</sup>, Fabíola Milito<sup>1</sup>.

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Diagnosticar a prevalência de adolescentes que apresentam transtornos alimentares em especial, a compulsão alimentar. **MÉTODOS:** Foram estudados adolescentes entre 15 e 18 anos de ambos os sexos, da zona urbana de São Paulo, SP (n = 26). Para medir a prevalência de comportamentos alimentares anormais utilizou-se a Escala de Compulsão Alimentar (ECAP). O índice de massa corporal (IMC) e os pontos de corte escolhidos para classificar os adolescentes quanto ao estado nutricional de acordo com o percentil do IMC. Quanto à classificação sócio-econômica, optou-se pelo critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **RESULTADOS:** A amostra era composta de 65,4% do sexo feminino e 34,6% do sexo masculino. Em relação ao IMC, 80,8% apresentaram eutrofia, sendo 7,7% desnutridos e 11,5% obesos. Sobre o nível sócio-econômico a classe predominante foi a classe C (50%). Houve tendência de o gênero masculino apresentar maior peso em relação ao gênero feminino, no entanto o IMC foi similar independente do gênero. O gênero feminino apresentou maior tendência (n: 4) em demonstrar sintomas moderados a compulsão alimentar do que o gênero masculino onde a porcentagem foi nula. Ambos os sexos não apresentam compulsão alimentar periódica grave. **CONCLUSÃO:** O instrumento aplicado neste estudo – ECAP - mostrou-se fácil de ser utilizado tendo como objetivo de identificar os indivíduos de risco, mas fica limitado pois não considera frequência como cálculo, portanto, não se sabe quantas vezes o indivíduo teve compulsão e como foi realizada essa classificação ou seja se foi moderada ou grave.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescência; Índice de Massa Corporal; Compulsão Alimentar.

1- Programa de Pós Graduação *Lato Sensu* em Obesidade e Emagrecimento da Universidade Gama Filho – UGF

#### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To diagnosis the prevalence of adolescents who present eating disorders in special, the binge eating. **METHODS:** Adolescent between 15 and 18 years of both sex from de big São Paulo had been studied (n = 26), in order to measure the prevalence of been abnormal alimentary behaviors. It was used Binge Eating Scale (BES). The body mass index (BMI) and the points of cut chosen to classify the adolescents how much to the nutritional status in accordance to the percentile of the BMI. How much to the partner-economic classification, Brazilian Association of Companies of Research was opted to the ABEP criterion. **RESULTS:** The sample was composed of 65.4% of feminine sex and 34.6% of the masculine sex. In relation to the BMI, 80.8% had presented normal, 7.7% underweight and 11.5% obese. On the partner-economic level the predominant class was class C (50%). It had trend of the masculine gender to present greater weight in relation to the feminine gender, however the BMI was similar despite of the gender. The feminine gender presented greater trend (n: 4) in showing to moderate symptoms the binge eating than the masculine gender where the percentage was null. Both sex do not present serious binge eating disorder. **CONCLUSION:** The instrument applied in this study - BES – easily revealed being used with the objective to identify the risk individuals, but he is limited therefore does not consider frequency as calculus, thus, it is unknown how many times the individual had compulsion and as this classification was accomplished or either if it was moderate or serious.

#### KEY-WORDS:

Adolescence; Body Mass Index; Binge Eating.

#### **Endereço para correspondência:**

Rua Isabel do Couto, 10 – Chora Menino – 02462-020 – São Paulo

E-mail: [fabiolamilito@uol.com.br](mailto:fabiolamilito@uol.com.br) ou [carolchemin@hotmail.com](mailto:carolchemin@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

As relações entre alimentação, comportamento alimentar e sociedade já foram questionadas de várias maneiras. Em trabalho que trata dos aspectos sociais e culturais da alimentação, Cravo e Daniel (1989) afirmam que buscar, escolher, consumir e/ou não consumir alimentos devido a proibições são decisões diretamente ligadas a regras sociais estabelecidas culturalmente. Reforçando o trabalho de Cravo; Daniel e Garcia (1997) concluem que os hábitos alimentares são práticas sociais arraigadas à cultura e que, certamente, influenciam as escolhas. Para Pierre Bourdieu (1994), as práticas cotidianas não obedecem a regras pré-estabelecidas.

Está sendo cada vez mais frequente encontrar indivíduos com distúrbios do comportamento alimentar. Os transtornos alimentares constituem uma verdadeira "epidemia" que assola sociedades industrializadas e desenvolvidas acometendo, sobretudo, adolescentes e adultas jovens (Ballone, 2006). Em determinadas pessoas, o abandono dos tratamentos e dietas para emagrecer são causas dos episódios compulsivos.

De acordo com Ojeda e Karin, em 1993, a adolescência implica uma série de mudanças morfológicas, funcionais e psicológicas, conduzindo a um completo dimorfismo sexual, aquisição da capacidade reprodutora e o aparecimento de novos modos de comportamento (Ojeda e Karin, 1993, *apud* OPS, 1995).

No nível pessoal e neurológico, as condutas de alimentação estão normalmente reguladas por mecanismos automáticos no sistema nervoso central (SNC). A sensação de fome tem origem dupla; tanto em estímulos metabólicos, quanto em receptores periféricos situados na boca e no tubo digestivo. Induz-se a sensação de apetite, que desencadeia conduta de alimentação. A sensação de saciedade faz cessar os estímulos da fome e se detém o processo. As pessoas normais apresentam algumas reações adaptadas aos estímulos de fome e de sede, com respostas corretas para a saciedade (Young, 1996).

Há tempos se reconhece o hipotálamo como o local onde se situam os centros da fome e da saciedade, mas, será no córtex cerebral o local onde se desenvolvem

mecanismos mais complexos relacionados à alimentação (Young, 1996).

Diante do que foi apresentado, pretende-se com este estudo, diagnosticar a prevalência de adolescentes que apresentam transtornos alimentares em especial, a compulsão alimentar.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Amostra

Ao final da coleta de dados, 121 estudantes participaram do estudo, porém, 95 questionários foram desconsiderados. Desses, 78,5% o foram por preenchimento inadequado (alguma questão sem responder, rasuras, ausência de algum dado, idade ou por não entregarem o termo de consentimento livre).

Portanto a amostra foi constituída de 26 voluntários, de ambos os sexos, com faixa etária entre 15 e 18 anos. Para compor a amostra, os voluntários foram selecionados aleatoriamente.

Foram considerados como voluntários, os alunos que apresentaram algum descontentamento com o peso.

Os indivíduos que apresentaram alguma doença associada foram excluídos do estudo.

### Avaliação do Transtorno alimentar

Os dados sobre hábitos alimentares foram obtidos através da Escala de compulsão alimentar periódica (ECAP), traduzido e adaptado para a língua portuguesa da *Binge Eating Scale* (BES), no qual foi respondido pelos próprios voluntários (Freitas e colaboradores, 2001).

### Composição corporal

Verificou-se o peso corporal através de balança digital portátil, marca Filizola, com capacidade máxima de 150kg e variação de 100g. Os adolescentes foram pesados descalços, vestindo roupas leves e de costas para balança.

Para estatura utilizou-se fita métrica inelástica, fixada a parede lisa (sem rodapé) com ângulo de 90° em relação ao piso. Os voluntários encontravam-se no centro do mesmo, com o corpo ereto, os maléolos internos se tocando, os calcanhares estavam

encostados no antropômetro vertical (parede), a cabeça estava livre de penteados ou acessórios de cabelo e mantinha-se erguida com olhos mirando a um plano horizontal à frente. Para auxiliar na leitura, um esquadro era baixado e apoiado contra a cabeça.

### Avaliação do Estado Nutricional

Para avaliação dos adolescentes quanto ao estado nutricional, utilizou-se o cálculo do índice de massa corporal (IMC) onde o peso em quilogramas (kg) foi dividido pelo quadrado da altura, medida em metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

A classificação dos adolescentes quanto aos valores de IMC, realizou-se através da curva de distribuição, segundo percentis, (IMC <P5) desnutrição, (IMC P5-P15) risco para desnutrição, (IMC P15-P85) eutrofia e (IMC >85) para obesidade, para cada sexo e idade (Must e colaboradores, 1991).

Quanto à classificação sócio-econômica, optou-se pelo critério da ABEP – Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas.

Os pais e/ou responsáveis dos voluntários firmaram Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta os resultados absolutos e relativos referentes ao gênero, índice de massa corporal (IMC) e nível sócio-econômico (NSE).

A análise da Tabela 1 permite observar que a população feminina (n: 17) apresenta quase o dobro de voluntários do que a masculina (n: 9). Foi verificado que a maior parte da população estudada encontrou-se na faixa de normalidade (80,8%) com relação ao IMC. Foi considerado para este trabalho a curva de distribuição, segundo percentis (IMC <P5) desnutrição, (IMC P5-P15) risco para desnutrição, (IMC P15-P85) eutrofia e (IMC >85) para obesidade, para cada sexo e idade (Must e colaboradores, 1991).

Os voluntários encontram-se entre os percentis P15-P85 (n: 21), P5-P15 (n: 2) P>85 (n: 3) de acordo com Must e colaboradores (1991).

A massa corporal dos homens foi significativamente maior do que a encontrada nas mulheres (12,7kg ou 22%;  $P < 0,01$ ), bem como a estatura (13cm ou 8%;  $P < 0,01$ ).

Nenhuma diferença significativa foi encontrada nos valores de IMC na comparação entre os sexos ( $P > 0,05$ ) (Salvador e colaboradores, 2005).

Tabela 1. Características demográficas dos voluntários.

	f	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	9	34,6
Feminino	17	65,4
<b>IMC</b>		
Eutrofia	21	80,8
Desnutrição	2	7,7
Obesidade	3	11,5
<b>Nível Sócio-econômico</b>		
Classe A	2	7,7
Classe B	11	42,3
Classe C	13	50

No entanto, devido ao fato de o intervalo ser alto, talvez fosse necessário uma maior quantidade de pontos de corte para que se permitisse aumentar o nível de sensibilidade da análise. Em relação ao grau de escolaridade e posse de itens, a classe C foi predominante 50% (n: 13).

A tabela 2 apresenta os resultados referentes às características gerais dos voluntários de acordo com o gênero.

Tabela 2. Características gerais dos voluntários.

	Feminino	Masculino	Total
Idade (anos)	16,65 ± 1,06	16,33 ± 0,87	16,54 ± 0,99
Peso (kg)	55,91 ± 8,21	59,97 ± 5,78	57,31 ± 7,60
Estatura (cm)	1,63 ± 0,10	1,72 ± 0,07	1,66 ± 0,10
IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	21,23 ± 2,58	20,49 ± 2,82	20,97 ± 2,63

Foi observada homogeneidade de resultados quando a análise intra-gênero foi realizada. Houve tendência de o gênero masculino apresentar maior peso ( $59,97 \pm 5,78 \text{ kg}$  x  $55,91 \pm 8,21 \text{ kg}$ ) e estatura ( $1,72 \pm 0,07 \text{ cm}$  x  $1,63 \pm 0,10 \text{ cm}$ ) quando comparado

ao gênero feminino. No entanto, o IMC foi similar independente do gênero.

As relações que levam em consideração peso e altura apresentam grande precisão porque essas medições oferecem baixa margem de erro, desde que as técnicas para a tomada das medidas sejam seguidas adequadamente. O IMC é a relação mais conhecida. O cálculo é feito dividindo-se o peso, expresso em quilogramas, pela altura expressa em metros e elevada ao quadrado:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (metros)}$  (Monteiro, 1998).

Um outro achado foi que, no grupo de mulheres com IMC normal, 19,2% das que se achavam gordas apresentavam comportamento alimentar anormal, enquanto que essa proporção foi de 5,7% entre as que se achavam normais (ou com o peso adequado), o que permite levantar a questão de que não só a realidade corporal, mas também a autopercepção do peso corporal, têm uma influência sobre o comportamento alimentar (Nunes e colaboradores, 2001).

A tabela 3 apresenta os resultados referentes à frequência e porcentagem da escala de compulsão alimentar periódica.

Tabela 3. Prevalência do gênero masculino e feminino segundo escores da escala de compulsão alimentar periódica.

	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ausência	13	76,4	9	100	22	84,70
Moderada	4	23,6	0	—	4	15,30
Grave	0	—	0	—	—	—

Foi possível identificar que o gênero feminino 23,6% (n: 4) apresentou maior tendência em demonstrar sintomas moderados referentes à compulsão alimentar do que o gênero masculino onde a porcentagem foi nula.

Verificou-se entre ambos os gêneros que nenhum destes apresentou compulsão alimentar periódica grave.

Estudos epidemiológicos descrevem uma prevalência de TCAP em 2% da população geral e cerca de 30% em obesos que procuram serviços especializados para tratamento de obesidade. A obesidade, no entanto, não é considerada uma doença psiquiátrica nem uma condição para diagnóstico de transtorno alimentar; trata-se

de uma condição física que advém de múltiplas causas e pode trazer variadas conseqüências (Borges e colaboradores, 2000).

O uso da escala de compulsão alimentar periódica possibilitou identificar que 15,3% (n: 4) do gênero feminino apresentaram sintomas moderados para compulsão alimentar. No entanto, somente um voluntário relatou perder o controle do consumo alimentar (3,8%) (Nunes e colaboradores, 2001).

De acordo com o EAT-26 (escores <sup>3</sup> 21), 16,6% das mulheres apresentaram resultados sugestivos de comportamento alimentar anormal enquanto no BITE, 30,4% das mulheres apresentaram padrão alimentar não usual, e 3,3% apresentaram padrão alimentar severamente perturbado e presença de comer compulsivo (Vilela e colaboradores, 2004).

Com relação ao Teste de Atitudes Alimentares (EAT), encontramos 241 alunos (13,3%) com escore igual ou maior que 20, ou seja, alunos que apresentam possíveis transtornos alimentares, provavelmente quadros subclínicos, com um predomínio significativo do sexo feminino ( $p = 0,003$ ) (Vilela e colaboradores, 2004).

No entanto, o instrumento de avaliação utilizado fica limitado, pois não considera frequência como cálculo, portanto, não se sabe quantas vezes o indivíduo teve compulsão e como foi realizada essa classificação ou seja se foi moderada ou grave.

## CONCLUSÃO

As limitações para pesquisa com transtornos alimentares no Brasil são grandes e pode-se dividi-las em: formação da equipe; custo do tratamento; interação entre pesquisadores; formação de orientadores; ausência de terapeutas comportamentais e falta de investimentos.

O instrumento aplicado neste estudo – ECAP - mostrou-se fácil de ser utilizado tendo como objetivo de identificar os indivíduos de risco, mas fica limitado pois não considera frequência como cálculo, portanto, não se sabe quantas vezes o indivíduo teve compulsão e como foi realizada essa

# Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

classificação ou seja se foi moderada ou grave.

Futuras pesquisas devem se dirigir à origem desta forma de comer tão intensa, que provavelmente difere da origem de uma obesidade sem compulsão alimentar e certamente difere na sua abordagem terapêutica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daniel J.M.P.; Cravo V. O valor Social e Cultural da Alimentação. Boletim de Antropologia. 1989; 2:70-83.
2. Garcia R.W.D. Representações Sociais da alimentação e Saúde e Repercussões no Comportamento Alimentar. Revista Saúde Coletiva. 1997; 7(2):51-8.
3. Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz R (org.). Sociologia. São Paulo: Ática; 1994. p. 46-81.
4. Ballone G.J. Transtornos Alimentares. PsiqWeb [homepage na Internet]. [atualizado em 2003; acesso em 2006 Dez 16]. Anorexia; [aproximadamente 11 telas]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html>.
5. OPS (Organización Panamericana de la Salud). La Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en las Américas: Escribiendo el Futuro. Comunicación para la Salud, 6. Washington (DC): OPS; 1995.
6. Young S.N. Behavioral effects of dietary neurotransmitter precursors: basic and clinical aspects. Neurosci Biobehav Rev. 1996;20(2):313-23.
7. Freitas S, Lopes C.S.; Coutinho W, Appolinario J.C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23(4):215-20.
8. Must A.; Dallal G.E.; Dietz W.H. Reference datefor obesity: 85<sup>th</sup> and 95<sup>th</sup> percentiles of body mass index (wt/ht<sup>2</sup>) – correction. Am J Clin Nutr. 1991; 53:839-46.
9. ABEP – Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas [homepage na Internet]. São Paulo: [acesso Maio 31]. Códigos e Guias; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: [http://www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)
10. World Health Organization [WHO]. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: Who - Technical Report Series, 854; 1995.
11. Salvador E.P.; Cyrino E.S.; Gurjão A.L.D.; Dias R.M.R.; Nakamura F.Y.; Oliveira A.R. Comparação entre o desempenho motor de homens e mulheres em séries múltiplas de exercícios com pesos. Rev Bras Med Esporte. 2005 Sept/Oct ;11(5).
12. Monteiro J.C. Obesidade: Diagnóstico, métodos e fundamentos. In: Halpern A, editor. Obesidade. São Paulo: Editora Lemos Editorial; 1998. p. 31-53.
13. Nunes M.A.A.; Olinto M.T.; Barros F.C.; Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23(1):21-7.
14. Borges M.B.F.; Jorge M.R. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. Psiq Prat Med. 2000; 33(4):113-8.
15. Vilela J.E.M.; Lamounier J.A.; Filho M.A.D.; Neto J.R.B.; Horta G.M. Transtornos alimentares em escolares. J Pediatr. 2004 Jan/Fev; 80(1).
16. Chiara V.L.; Sichieri R. Consumo alimentar em adolescentes. Questionário simplificado para avaliação de risco cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2001 Out; 77(4).