

**IMAGEM CORPORAL E AS INFLUÊNCIAS PARA OS TRANSTORNOS
ALIMENTARES NAS ADOLESCENTES JOVENS**

**BODY IMAGE AND THE INFLUENCES FOR THE EATING DISORDERS
IN THE YOUNG ADOLESCENTS**

Abykeyla Mellisse Tosatti¹,
Luciana Peres¹,
Helena Preissler¹

RESUMO

Objetivo: O objetivo do presente trabalho foi verificar a percepção da imagem corporal das adolescentes (grau de insatisfação com a imagem corporal e as influências aos transtornos alimentares). **Metodos:** Participam do estudo 21 adolescentes do gênero feminino, com idade de 14 a 20 anos de idade. Utilizando avaliação do estado nutricional (IMC) e aplicação de uma escala adaptada de satisfação corporal e um questionário de imagem corporal (BSQ). Das meninas estudadas 9,6% apresentaram estado nutricional de "magreza", 80,95% normalidade e 9,5% sobrepeso/obesidade. E 33,33% jovens adolescentes identificaram insatisfação corporal. **Conclusão:** Conclui-se, para a população estudada, que a mídia interfere na insatisfação e imagem corporal. Os possíveis motivos geradores da insatisfação corporal na adolescência em nível de saúde pública definem-se pela pressão da mídia, influências sociais e influências negativas parentais e de amigos.

Palavras-chave: Imagem corporal; insatisfação da imagem corporal; mídia; transtorno alimentar

1- Programa de Pós-Graduação em Obesidade e Emagrecimento da Universidade Gama Filho - UGF

ABSTRACT

Objective: The objective of the present work was to verify the perception of the body image of the adolescents (degree of distortion with the body image and the influences to the eating disorders). **Methods:** 21 adolescents of the feminine sex participate of the study, with ages of 14 to 20 years. Using evaluation of the nutritional state (IMC) and application of a suitable scale of body satisfaction and a questionnaire of body image (BSQ). 9.6% of the studied girls had presented nutritional status of thinness, 80.95% normality and 9.5% overweight/obesity. 33.33% of the young adolescents identified body distortion. **Conclusion:** the conclusion for the studied population is that the media intervenes with the distortion and body image. The possible generating reasons of the body distortion in the adolescence in level of public health, are defined for the pressure of media, social influences and parental and friends negative influences.

Key Words: Body image; distortion of the body image; media; alimentary eating disorders.

Endereço para correspondência:

aby.tosatti@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento acompanhada de processos de crescimento e de maturação, tanto do ponto de vista somático como psicológico, fase de construção da identidade do sujeito. Trata-se de um período de elevada demanda nutricional, e por este motivo, a nutrição desempenha papel importante no desenvolvimento do adolescente, uma vez que o consumo de uma dieta inadequada pode influenciar de forma desfavorável o crescimento somático e a promoção da saúde na vida adulta. Nesta fase, o indivíduo adquire comportamentos que, em grande parte, vai manter ao longo de toda a vida (Hargreaves, 2001; Organização Mundial da Saúde, 1995).

Cronologicamente vai dos 10 aos 20 anos, caracterizada por grandes mudanças físicas, sociais e comportamentais, destacando-se as de origem alimentar. Nesta fase, que os adolescentes geralmente adquirem independência sobre sua alimentação, aumentando consideravelmente, a influência social e os modismos (Castro e colaboradores, 2002).

Apesar da principal função dos alimentos é a de manter o organismo do indivíduo, na adolescência, o alimento apresenta uma conotação muito mais social do que biológica, ou seja, manter o corpo em forma, como os manequins e/ou atletas. Verifica-se na literatura e mesmo nos atendimentos individuais realizados, elevado percentual de adolescentes que deixam de realizar alguma das refeições principais (desjejum, almoço e jantar) e/ou substituem principalmente o jantar por lanches e consomem alimentos preparados e refrescos - dieta típica do Fast Food ou do Junk Food (Coates e Françoso, 2003; Cattarin e colaboradores, 1995).

Para Fisberg (2003), "em alimentação, assim como na vida, o equilíbrio é o segredo". Suas dicas englobam: comer bem e adequadamente todos os tipos de alimentos, em horários regulares. O corpo ideal está mais no imaginário e nas estatuetas greco-romanas. Portanto, é a alimentação saudável e os exercícios moderados que permitem chegar perto do correto.

De acordo com Philippi e colaboradores, (2003) o ato de restringir os alimentos tem início geralmente na

adolescência, em resposta a uma má aceitação das mudanças corporais, principalmente do peso, associado a fatores psicológicos e ao forte apelo sociocultural do culto à magreza, agravados pelos modelos de perfeição e beleza que os meios de comunicação transmitem podendo predispor a um transtorno alimentar. Os jovens sentem obrigação de ter corpos perfeitos, ainda que para tal se sacrifique a saúde e seu bem estar (Casas, 2003).

Nas últimas décadas, aparentemente em decorrência de fenômenos sociológicos e culturais, têm-se verificado um crescimento importante na incidência dos Transtornos Alimentares, principalmente nos países ocidentais desenvolvidos. Em alguns deles, estatísticas apontam para uma incidência variável de 0,5% a 5% entre os adolescentes, constituindo-se um verdadeiro problema de saúde pública. Aproximadamente 90% a 95% dos acometidos são do gênero feminino, e a faixa etária de maior risco situa-se entre os 14 e os 25 anos de idade - mas a incidência vem crescendo de forma preocupante em idades inferiores, atingindo menores e homens (About e colaboradores, 1993; Basdevant e colaboradores, 1995).

No "reino da aparência", certas crenças podem resultar em sérios problemas físicos e psíquicos. Um dos princípios mais difundidos na sociedade contemporânea diz respeito ao peso ideal (sociedade hoje vive sobre a ditadura da beleza magra). Para moldar a silhueta e fugir da obesidade, há quem chegue a privar-se da alimentação.

Tal comportamento caracteriza um distúrbio a anorexia nervosa e bulimia nervosa, cujas altas taxas de incidência na população mundial preocupam especialistas (Loyola, 2005).

Segundo Andrade e Bosi (1998) a aparência, na contemporaneidade funciona como mecanismo de legitimação social. "Aparência é atributo de poder, de ascensão". O corpo magro é o atual modelo de beleza (saudável) e por outro lado, o preconceito contra a obesidade é sem dúvida, muito forte (acima do peso, discurido).

Embora a aparência física seja um elemento fundamental da imagem da mulher em diversas épocas e culturas, a extrema magreza nem sempre foi o ideal almejado. Nas décadas de 40 e 50, estrelas de Hollywood como Marylin Moroe eram mulheres

de seios fartos e corpos curvilíneos, valorizados pelo seu sex appeal. Em outras épocas espartilhos eram bastante utilizados para reduzir a cintura e o abdômen das mulheres. Atualmente dietas, exercícios e cirurgias parecem ser os meios mais adequados para se modificar o corpo, conforme nos revela a alta prevalência desses comportamentos (Marinho, 2005).

Alguns autores consideram existir forte tendência cultural em considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação social para mulheres (Cattarin e colaboradores, 1996; Smolak e colaboradores, 1999). Encontram-se também fortes correlações entre a pressão social de ser magro e a insatisfação corporal em mulheres adultas jovens (Cattarin e colaboradores, 1996; Thompson e colaboradores, 1999).

Segundo Claudino e Borges (2002) tanto a Anorexia Nervosa quanto a Bulimia Nervosa estão intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum, preocupação excessiva com o peso e forma corporal levando à adoção de dietas extremamente restritivas ou utilização de métodos inapropriados para alcançar o corpo idealizado.

O temor doentio ao acúmulo de gordura corporal distingue o bulímico de qualquer pessoa que ocasionalmente possa comer de forma exagerada. E diferentemente do anoréxico, cuja magreza extrema põe em evidência a existência de um problema (Yeager, 2000).

Alem das mulheres adolescentes e jovens, alguns grupos ocupacionais como: modelos, atrizes, bailarinas, atletas, parecem estar mais vulneráveis aos transtornos Alimentares. A anorexia nervosa e dietas excessivas são mais comuns entre esses grupos do que em outras mulheres da mesma idade e nível social (Garnes e Garfinkel, 1980). Apesar de existirem valores de IMC adequados para a manutenção da saúde, o tipo físico idealizado pelos indivíduos é determinado culturalmente, parecendo existir um tipo ideal que as pessoas buscam alcançar.

Transtorno Alimentar .

Os transtornos alimentares constituem uma verdadeira "epidemia" que assola sociedades industrializadas e desenvolvidas.

São quadros psiquiátricos que afetam principalmente adolescentes jovens do gênero feminino (embora uma procura maior de crianças e homens se faça notar recentemente), sendo fatais em 13% a 20% dos casos. Em geral os óbitos resultam de problemas cardíacos e suicídios (Cooper, 1995). O pensamento falho e doentio das pessoas portadoras dessa patologia se caracteriza por uma obsessão pela perfeição de corpo, levando á grande prejuízos biológica, psicológica e com elevada morbidade e mortalidade (Doyle e Bryant, 2000; Borges e colaboradores, 2006).

De acordo com Ballone (2003) os Transtornos alimentares têm uma etiologia 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, são o resultado da soma de fatores biológicos (genético e bioquímicos), psicológicos (influencia individuais, familiares, amigos e da própria mídia, que invade nossas casas com propaganda, revistas, outdoors) e reforço social (cultura da dieta, pressão para ser magro, padrões de beleza, valorização extrema da aparência).

Um dos fatores que determina transtornos alimentares é a distorção da imagem corporal. Jovens especialmente do gênero feminino, apresentam com freqüência insatisfação com o próprio corpo, associada com uma imagem negativa de si mesmo (Cooper, 1995; Nunes e colaboradores, 2001).

Transtornos alimentares são todos aqueles que se caracterizam por apresentar alterações graves na conduta alimentar, pode levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades, os mais freqüentes são Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. Essas duas patologias são intimamente relacionadas por apresentarem alguns sintomas em comum: preocupação excessiva com o peso e dieta, medo patológico de engordar, além de insatisfação e distorção de sua imagem corporal, em geral são resistentes ao tratamento uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso (Claudino e Borges, 2002).

Os Transtornos Alimentares são acompanhados de várias complicações clínicas relacionadas à consequência física, psicológica (ponto de vista emocional:

depressão, ansiedade) e ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inadequadas para o controle de peso (vômitos, uso de diuréticos e laxativos). Muitas destas complicações surgem em decorrência do atraso do diagnóstico e do início do tratamento e /ou recusam o tratamento (American Psychiatric Association, 2000; Key e Lacey, 2002).

Anorexia Nervosa.

A anorexia é uma das doenças que mais crescem entre a população feminina do mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) recolhidos em 1999 revelam que nos Estados Unidos uma em cada 100 mulheres de 12 a 18 anos é anoréxica. No Brasil, a proporção cai para uma em cada 250 adolescentes. Uma das causas da doença, segundo pesquisas, diz respeito à insatisfação das pessoas em relação ao próprio corpo (Mirandé e colaboradores, 1999; Jones e colaboradores, 2001).

Etimologicamente, o termo anorexia deriva do grego "an", deficiência ou ausência de, e "orexis", apetite. A anorexia nervosa já era um transtorno conhecido em épocas antigas (Fairburn, 1995).

Anorexia nervosa é uma doença emocional caracterizada por uma perda excessiva de peso (auto-imposto) motivada por um desejo patológico de emagrecer aliada a um medo intenso de engordar. A perda de peso é conseguida através dos mais diferentes comportamentos: redução da alimentação; exercício físico intenso; utilização de medicamentos anorexigênicos (reduzores do apetite) e/ou laxantes e/ou diuréticos e vômitos provocados. Desta forma, produz uma desnutrição progressiva (causa morte de 5 a 25% dos casos), aliada aos transtornos físicos e mentais que podem ser muito graves, levando a morte (Griffi e Berry, 2003).

Em função de uma distorção da imagem corporal, os indivíduos com anorexia nervosa não se percebem magros, mas sempre gordos, continuando a restringir suas refeições de uma maneira ritualizada (Mahn e Stump, 1998).

A anorexia nervosa tem complicações sérias associadas como desnutrição, comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na motilidade gastrointestinal, infertilidade,

hipotermia e outras evidenciam de hipometabolismo. Pacientes que estão na pré-puberdade podem ter atraso na maturação sexual, no desenvolvimento físico e no crescimento, e não atingem a estatura esperada (Mahan e Stump, 1998; Herzog e colaboradores, 1993).

Os sinais que podem indicar a presença da anorexia são: inicia restrições alimentares; perda importante de peso, não justificada; frio excessivo; sono excessivo; lanugo (o corpo fica coberto com uma penugem fina); amenorréia (falta de menstruação) pelo menos 3 ciclos; queda de cabelo; imagem corporal distorcida; hiperatividade e exercício físico excessivo e mudança de humor (irritabilidade, agressividade, impulsividade, tristeza, culpa ou depreciação por ter comido e baixa auto-estima) (Herzog e colaboradores, 1993).

Os subtipos podem ser usados para a especificação da presença ou ausência de compulsões periódicas ou purgações regulares durante o episódio atual de anorexia nervosa:

- Tipo restritivo: há perda de peso conseguida principalmente através de dietas, jejuns ou exercícios excessivos. Esses pacientes não se desenvolveram compulsões periódicas ou purgações).
- Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: este subtipo é usado quando o indivíduo se envolve regularmente em compulsões periódicas ou purgações – ou ambas, como vômitos auto-induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros (Ballone, 2003).

A taxa de prevalência de pacientes com anorexia é de 1% e, destes, cerca de 90% dos casos são em mulheres. A doença acomete mais freqüentemente classes sociais mais elevadas. A anorexia surge em 45% dos casos após dieta de emagrecimento; em 40% por ocasião de uma situação competitiva (Ballone, 2003).

Bulimia Nervosa

Ao longo da história o significado da palavra bulimia tem seguido diferentes trajetórias. Brenda Parry-Jones em seu trabalho de revisão sobre a terminologia histórica dos transtornos alimentares refere que o termo "bulimia" remonta a antiga Grécia, a palavra derivaria do termo grego "bous", boi e "limos", fome, ou seja fome intensa ou

suficiente para devorar um boi (Laxenaire, 1994; Everill e MacDonald, 1995).

Stunkard em 1990 realizou uma revisão histórica do conceito de bulimia, e destacou, como em 1743 James descreveu no Dicionário Médico da Universidade de Londres, um quadro clínico que denomina "True Boulimus" (verdadeira bulimia, em uma tradução livre), caracterizado por intensa preocupação com a comida, e pela ingestão voraz em um curto espaço de tempo, seguidos de períodos de jejum, e destacou uma segunda variante "Caninus Appetitus" aonde os episódios de voracidade são seguidos pelo comportamento compensatório de vômito.

A Bulimia Nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle, os chamados episódios de compulsão. Os episódios consistem no consumo de uma grande quantidade de alimentos freqüentemente ricos em calorias, há relatos de ingestão média de três a quatro mil calorias por episódio, mas já foram descritos episódios com uma ingestão de até 20 mil calorias (Mitchell e colaboradores, 1998).

Estes são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, com vômitos auto-induzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos e formulas anorexigênos (diuréticos, uso abusivo de laxantes, inibidores de apetite), dietas restritivas, jejuns e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína (Fairburn, 1995; Hetherington e Rolls, 2001; Goldstein, 1999). Os episódios de compulsão alimentar ocorrem em segredo. Alguns são previamente planejados, mas geralmente ocorrem de forma impulsiva (Galvão, 2006).

A bulimia não leva ao estado nutricional seriamente depletado visto na anorexia. Os bulímicos geralmente se mantêm próximos ao peso normal ou até mesmo com um leve sobrepeso, alternando crises de hiperfagia com vômitos auto-induzidos (Mirandé, 1999). A distorção do tamanho corpóreo normalmente é menor do que aquela vista na anorexia nervosa (Williams, 1997).

O comportamento bulímico tem como principais complicações distúrbios eletrolíticos, irritação e sangramento gástrico e esofágico, anormalidades intestinais, erosão do esmalte dental e aumento das parótidas. Bradicardia de repouso, arritmias, hipotensão e diminuição

da taxa metabólica são observados em alguns bulímicos, podendo refletir na diminuição da atividade do sistema nervoso simpático e do eixo tireoidiano (Hetherington e Rolls, 2001; Abott e colaboradores, 1993; Fisher e colaboradores, 1995). Essas complicações podem ser tão severas quanto as da Anorexia Nervosa e pode levar a morte, se não tratada de maneira adequada (Gross e colaboradores, 1986)

As bulímicas semelhante as anoréxicas, estão envolvidas de forma obsessiva com a forma e peso dos seus corpos. Uma pessoa com bulimia poderá checar seu peso e forma de maneira obsessiva. Esta "checagem" pode se manifestar através de pesagens freqüentes (varias vezes ao dia), observação de si mesmas no espelho, e medição de varias partes do corpo com fitas métricas ou com as próprias mãos. Para as bulímicas, a auto estima esta diretamente vinculada ao seu peso e forma corporal (Behar, 1994).

Assim como na Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa também tem subtipos para diferenciar os métodos purgativos utilizados para compensar o episódio bulímico (APA, 1994):

- Subtipo purgativo: quando o paciente apresenta com regularidade comportamentos como vômito auto-induzido, abuso de laxantes ou de diuréticos e enemas.
- Subtipo não-purgativo: quando o paciente utiliza-se de outros hábitos compensatórios inadequados, tais como: jejum, períodos de restrição alimentar ou exercício excessivo, mas não apresenta comportamentos purgativos regulares como os descritos no subtipo purgativo

Distorção da Imagem corporal e a Influência da Mídia.

Bruch (1962) nos anos 1960 e 1970 foi o primeiro autor a mencionar a distorção da imagem corporal vista como um distúrbio da paciente com anorexia nervosa na percepção de seu corpo.

Conclui Bruch (1973) que, nesta distorção, incluem-se os seguintes distúrbios: da consciência cognitiva do próprio corpo, consciência das sensações corporais, senso de controle sobre as funções corporais e razões afetivas para a realidade da

configuração corporal (Shisslak e colaboradores, 1994).

Para Schilder (1994), a imagem corporal é a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente (é a forma como vemos e pensamos o nosso corpo, também é a forma como acreditamos que os outros nos vêem), ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta.

A distorção da imagem corporal está presente na bulimia e na anorexia e representa um aspecto de difícil abordagem no tratamento. Além disso é um fator determinante no início, na manutenção, e nas possíveis recaídas posteriores (Toro, 1987).

A baixa auto-estima como a distorção da imagem corporal são os principais componentes que reforçam a busca de um emagrecimento incessante, levando a prática de exercícios físicos, jejum e uso de laxantes, diuréticos de uma forma ainda mais intensa (Saikali, 2004).

A obsessão pela magreza e/ou perfeccionismo ligado auto-imagem, surge da necessidade de estabelecer um controle absoluto sobre si mesmo. A necessidade de emagrecer ou conseguir um “corpo perfeito” impede que se tenha uma consciência de si mesmo, o que leva a uma batalha interna que causa angústia e sofrimento. Infelizmente a distorção da imagem corporal impede uma percepção real de si mesma. Por outro lado, a pretensão por uma imagem corporal perfeita e inalcançável (porque é sustentada por idéias irracionais e percepções irreais), produz graves distorções perceptivas o que leva a uma permanente insatisfação que vai determinar alguns dos vários comportamentos do seu distúrbio alimentar (Cash, 1997).

De acordo com Adams (1997) percebe-se que o mundo social, claramente, discrimina os indivíduos não atraentes; numa série de situações cotidianas importantes. Pessoas julgadas pelo padrões vigentes como atraentes parecem receber mais suporte e encorajamento no desenvolvimento de repertórios cognitivos socialmente seguros e competentes, assim, indivíduos tidos como não atraentes, estão mais sujeitos a encontrar ambientes sociais que variam do não – responsivo ao rejeitador e que desencorajam o desenvolvimento de habilidades sociais e de um autoconceito favorável.

Os meios de comunicação veiculam ou produzem notícias, representações e

expectativas nos indivíduos com propagandas, informações e noticiário em que de um lado estimulam o uso de produtos dietéticos e práticas alimentares para emagrecimento, de outro, instigam ao consumo de lanches tipo fast food. O corpo é um campo de luta que envolve diferentes sabores, práticas e imaginários sociais (Serra e Santos, 2003).

Para Stice (2002), existem evidências que dão suporte de que a mídia promove distúrbios da imagem corporal e alimentar. Análises têm estabelecido que modelos, atrizes e outros ícones femininos vêm se tornando mais magras ao longo das décadas. Indivíduos com transtornos alimentares sentem-se pressionados em demasia pela mídia para serem magros e reportam terem aprendido técnicas não-saudáveis de controle de peso (indução de vômitos, exercícios físicos rigorosos, dietas drásticas) através desse veículo.

Em estudo realizado nas ilhas Fiji, Becker e colaboradores, (2002) avaliou o impacto da exposição das adolescentes à televisão e conseqüentes atitudes e comportamentos alimentares desses indivíduos. O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira em 1995 e a segunda em 1998, já com três anos de exposição à televisão. Os resultados mostraram que os indicadores de transtorno alimentar foram significativamente mais prevalentes após 1998, demonstrando também maior interesse em perda de peso, sugerindo um impacto negativo da mídia.

A insatisfação crônica com a imagem corporal, entre outros fenômenos, exemplifica o insidioso percurso que tende a colocar a mulher em uma busca militante pela beleza. Na verdade, estabelece-se, assim, na esfera da subjetividade, um autêntico conflito contra uma certeza que nos é inalienável: nossos limites humanos (Minerbo e colaboradores, 1997).

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 quilogramas 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 (Kutscha, 1993).

Segundo Cristiane Senna (2006) a mídia contribuí para este tipo de comportamento, pois todo mundo se preocupa de alguma maneira com a estética, em especial na adolescência, quando os hormônios estão a mil por hora. Nessa fase, os indivíduos precisam se enquadrar de qualquer jeito em algum grupo. É uma idade complicada. A partir do momento em que a mídia começa a divulgar imagens anoréxicas, nas quais as modelos tem infinitamente menos peso e todo mundo diz que é legal, a necessidade das pessoas muda.

De acordo com Antonio de Tommaso imensa maioria das heroínas da TV é excepcionalmente magra. Apenas 5% estão acima do peso e em papéis jocosos ou caricatos. Assistimos de 400 a 600 comerciais/anúncios/propagandas/dia, todos com imagens femininas idealizadas, exageradamente magras, se tomadas como “padrão”.

Tommaso acredita que modelos exercem enorme influência sobre as adolescentes de forma geral e sobre a maneira que se sentem em relação ao próprio corpo. Vários estudos têm sido feito a respeito de como se sentem as adolescentes em relação ao próprio corpo comparando-se com modelos, influenciando-as a um emagrecimento antinatural e excessivo. Meninas que lêem freqüentemente revistas de moda têm de duas a três vezes mais chances de apelar para dietas restritivas a fim de perderem peso, mesmo aquelas que estão dentro de peso normal para a idade e a estrutura. Desta forma, um padrão idealizado (se é idealizado não é “normal”, portanto, não é “padrão”) é passada em estímulos explícitos, encobertos e subliminares para as pessoas, especialmente para mulher, que passa a associar, como uma lei, sucesso pessoal, social, profissional, afetivo, enfim, a aceitação de modo geral, com imagens inviáveis de magreza, esquecendo-se do próprio biotipo e à própria estrutura física.

Dessa maneira, os objetivos deste trabalho foram, usando o conjunto de silhuetas de identificar quais as influências para o de silhuetas de Stunkard e colaboradores, (1983) - figura 1, quantificar tipo físico ideal e verificar o nível de insatisfação corporal, e a influência

para o aparecimento do transtorno alimentar mas adolescentes jovens.

MATERIAIS E MÉTODOS

A amostra compreendeu de 21 adolescentes jovens, do gênero feminino com idade entre 14 a 20 anos de idade, da cidade de São Paulo.

Foi utilizado o questionário teste de imagem corporal, para identificar a distorção da mesma. Solicitou também que as adolescentes jovens indicassem qual silhueta correspondia ao seu corpo, atualmente e qual gostariam de atingir, segundo a tabela de silhueta proposta por Stunkard e colaboradores, (figura 1). E outros dados como peso, altura e idade foram coletados, para classificar o índice de massa corpórea das adolescentes estudadas, incluindo uma questão elaborada para analisar na opinião das adolescentes quais as influências para obter transtorno alimentar.

Medidas Antropométricas

Foi realizada a medida do peso corporal, utilizando uma balança digital da marca Filizola, devidamente aferida e com o selo do Inmetro. As adolescentes estavam descalças e com o mínimo de roupa possível. Subiam na balança, se posicionando de forma ereta, com os pés juntos e braços estendidos na lateral do corpo. Para a verificação da estatura foi utilizado um estadiômetro profissional da marca Gofeka com Dimensões: Altura 1,83m, largura 15 cm x profundidade 2,5cm; aferição de medida até 2,10m, mínima 40cm; peso 4kg. Os adolescentes se posicionavam de forma ereta, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao lado do corpo.

As adolescentes foram classificadas pelo Índice de massa corporal segundo Must, para indicador do estado nutricional, com pontos de corte da OMS.

Segundo Must (1991), a OMS estabelece eutrofia para os adolescente classificados nos percentis de IMC P5 a P85, magreza para os classificados nos percentis de IMC menor que P5 e sobrepeso para os classificados nos percentis de IMC maior que P85.

Medidas da imagem corporal

Para verificação da imagem corporal atual foi utilizada a escala proposta por Stunkard e colaboradores, (Figura 1). O Conjunto de silhuetas foi mostrado as adolescentes e realizadas as seguintes perguntas:

- 1- Qual é a silhueta que melhor representa a sua aparência física atualmente (EU)?
- 2- Qual é a silhueta que considera uma imagem de corpo saudável (SAUDÁVEL)?
- 3- Qual é a silhueta que gostaria de ter (DESEJÁVEL)?
- 4- Para verificar a insatisfação corporal, utilizou-se a diferença entre a silhueta desejável (SD) e silhueta ideal (SA), apontado pelas adolescentes.

O avaliador isentou-se de opinião na escolha das silhuetas.

Avaliação da influência da imagem corporal

Foi elaborado algumas perguntas e aplicadas as adolescentes com objetivo de obter a influencia nos transtornos alimentares na opinião das mesmas. A seguinte pergunta: Na opinião delas o que levaria a um individuo ter Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa? Influência Familiar, influência da mídia, fatores genéticos e outros (quais).

Para avaliar a insatisfação com a imagem corporal utilizou-se o Body Shape Questionnaire-BSQ (validado por Cooper e colaboradores, 1987), que mede o grau de

preocupação com a forma do corpo, a autodepreciação devida à aparência física e à sensação de estar gorda. Segundo Cordás e Neves (1999), o questionário distingue dois aspectos específicos da imagem corporal: a exatidão da estimativa do tamanho corporal e os sentimentos em relação ao corpo (insatisfação ou desvalorização da forma física). O instrumento consta de 34 itens, com seis opções de respostas: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) freqüentemente, 5) muito freqüente, 6) sempre. De acordo com a resposta marcada, o valor do número correspondente à opção feita é computado como ponto para a questão (por exemplo: nunca vale um ponto). O total de pontos obtidos no instrumento é somado e o valor é computado para cada avaliado. A classificação dos resultados é feita pelo total de pontos obtidos e reflete os níveis de preocupação com a imagem corporal. Obtendo resultado menor ou igual a 80 pontos, é constatado um padrão de normalidade e tido como ausência de distorção da imagem corporal. Resultado entre 81 e 110 pontos é classificado como leve distorção da imagem corporal; entre 111 e 140 é classificado como moderada distorção da imagem corporal; e acima de 140 pontos a classificação é de presença de grave distorção da imagem corporal.

A partir dos registros foram analisados os dados com a finalidade de verificar quais influências interferem na imagem corporal, refletindo em riscos ou conseqüências como os transtornos alimentares e outros.

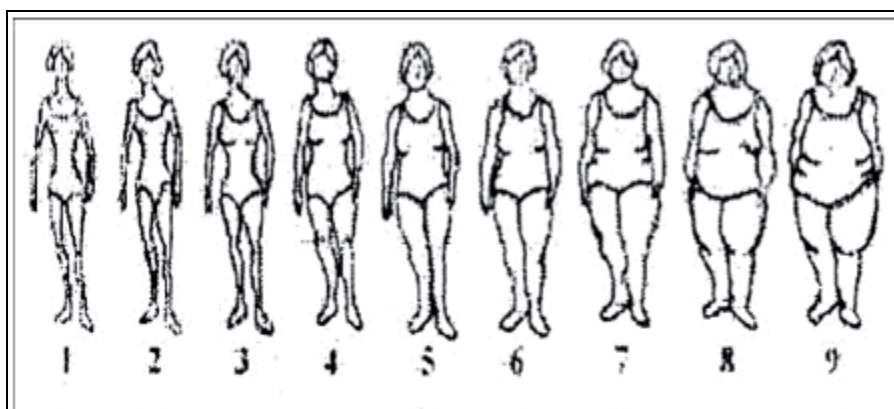


Figura 1 – Conjunto de silhuetas propostas por Stunkard e colaboradores.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na tabela 1, são descritos a média e o desvio padrão das características da amostra.

O IMC das adolescentes jovens apresentam-se na faixa de normalidade, segundo classificação da World Health Organization (1998) para o IMC.

Tabela 1 Característica da Amostra Estudada

Variável	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	17,00	2,38
Estatura (cm)	1,64	0,06
Peso (Kg)	58,07	11,13
Índice de massa corporal	21,89	2,84
Silhueta atual	3,52	1,25

Na tabela 2, são apresentados os valores médios de IMC para silhueta atual. Na Figura 2, os histogramas demonstram a distribuição da amostra em relação a Silhueta Atual, Silhueta Desejável e da amostra coletada. Percebe-se a tendência, identificada pela moda, da maioria das mulheres escolheram a silhueta 4, como sendo a silhueta atual. Já quanto a silhueta desejável, o histograma indica a tendência a preferir a silhueta 3 (n = 15 ou 71,43 %). A Silhueta 3 foi apontada como desejável a ser atingido por 71,43% das adolescentes jovens (silhueta 2 = 4,76 %; e 4 23,81 %). A silhueta 3, de acordo com os resultados desse estudo, corresponde

ao IMC de $22,23 \pm 0,50 \text{ kg/m}^2$. Houve um grau de insatisfação corporal entre a atual e a desejável

Na tabela 3 mostra que a análise do BSQ, foi constatado resultado médio, com pontuação leve a distorção da imagem corporal.

Na Tabela 4, o seguinte estudo mostrou que 80,95% das adolescentes jovens, disseram que a mídia é a forte influência para ter um transtorno alimentar, 23,80% dizem que a família é que influencia e 19% dizem que os amigos que são os causadores para se vir a ter um transtorno alimentar.

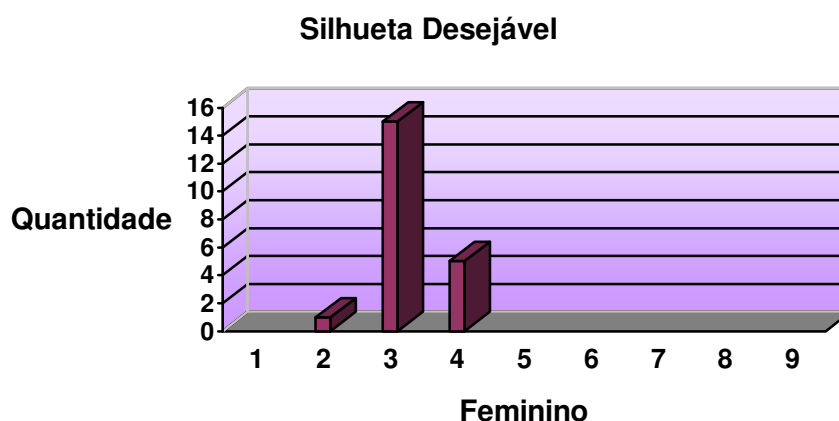


Figura 2 Distribuição da amostra em relação a escolha da silhueta atual e da silhueta desejável e saudável das adolescentes jovens.

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

Tabela 2						
Valores de percentual de índice de massa corporal, por silhueta atual (média e desvio padrão)						
	Silhueta com a qual se identifica					
	1	2	3	4	5	6
N	1	4	4	8	3	1
IMC	18,04 ± 0,0	18,96 ± 2,23	22,23 ± 0,50	21,53 ± 1,67	24,09 ± 0,71	28,06 ± 0,0

Tabela 3 Resultado da Avaliação do BSQ, média e desvio Padrão		
Instrumentos	Adolescentes (n=21)	Média e DP
BSQ		76,05 ± 29,00
GRAVE distorção da imagem corporal	0 %	
MODERADA distorção da imagem corporal	0 %	
LEVE distorção da imagem corporal	33,33 %	112,43 ± 11,54
AUSÊNCIA de distorção da imagem corporal	66,66%	57,86 ± 12,78

Tabela 4 Respostas sugestivas de qual a influência para o Transtorno Alimentar	
Questões	Adolescentes %
Influência Família	23,80
Influência da Mídia	80,95
Fatores Genéticos	00,00
Outros	
* amigos	19,04
* o que podem achar de meu corpo	4,76

CONCLUSÃO

Muitos autores já disseram que a mídia contribui de forma significativa para os transtornos alimentares, inclusive para a obesidade, pois ela não tem um parâmetro a seguir em relação a saúde. E devido a isto também influencia os adolescentes na distorção da imagem corporal, quando ao mesmo tempo que sugere a magreza como

beleza padrão, divulgando imagens anoréxicas como a beleza ideal, também propaga vários alimentos altamente calóricos, induzindo seu consumo.

Durante a adolescência, o indivíduo procura a sua identidade, sua independência e a aceitação na sociedade. Devido à preocupação com a aparência e com a moda, os adolescentes são vulneráveis a um mundo repleto de informações, muitas vezes

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

confusas, incompreensíveis, incorretas, controversas ou com interesses comerciais escondidos.

O processo educacional, o suporte e o convívio familiar são muito importantes nesta fase em que se inicia a estruturação da independência, contribuem para que o adolescente faça suas escolhas com segurança e adote atitudes positivas.

As mudanças sociais que vêm ocorrendo sobre a estrutura e o relacionamento familiar, participação da mulher no mercado de trabalho, processo de educação infantil, as práticas alimentares, o estilo de vida, o padrão social de beleza, e a influência da mídia, têm contribuído com a disseminação de comportamentos inadequados entre crianças e adolescentes, com conseqüências negativas à saúde dos mesmos.

Com relação aos assuntos de saúde, nutrição e atividade física, ainda existem muitos contra-sensos que atrapalham os adolescentes na escolha de hábitos mais saudáveis de vida:

- Diariamente os meios de comunicação informam sobre a epidemia da obesidade e o aumento das doenças crônicas associadas (hipertensão, doenças no coração, diabetes, colesterol alto, entre outros), ao mesmo tempo em que novos alimentos e produtos ricos em calorias, gorduras, açúcares e sal são divulgados e vendidos em porções cada vez maiores. A precariedade de infra-estrutura das áreas públicas também não favorece a prática de atividade física e os horários de educação física nas escolas estão menores ou já deixaram de existir;

- Enquanto o excesso de peso aumenta na população, o padrão de beleza na sociedade torna-se cada vez mais magro, sendo divulgado e supervalorizado pelos meios de comunicação que apresentam minorias como modelos e atrizes de baixo peso como referência para a sociedade em geral. As estratégias usadas por estas mulheres tidas como padrão de beleza para a manutenção do corpo magro, muitas vezes são relacionados a hábitos alimentares inadequados, ou transtornos alimentares, sendo que as imagens nas revistas também são alteradas em programas de computador com o intuito de realçar a beleza e o corpo mais magro, por isso, não correspondem à realidade;

- Os mais diversos tipos de dietas inadequadas e produtos “milagrosos” de emagrecimento são criados e divulgados todos os dias pelos meios de comunicação; O mercado ilegal dos medicamentos que possuem efeito de auxiliar a perda de peso - ser adquiridos e utilizados sob prescrição médica - é encontrado com certa facilidade pela internet. Assim, como sites que promovem e vangloriam os transtornos alimentares, anorexia e bulimia;

- Os pais ou responsáveis têm se omitido frente aos problemas de comportamento e aos hábitos alimentares inadequados de seus filhos. Geralmente não seguem hábitos de vida saudáveis e, por isso, não conseguem estimular, muito menos cobrar, comportamentos saudáveis de seus filhos. Em certos momentos, na tentativa de conseguirem maior aproximação de seus filhos, os pais também acabam estimulando e reforçando a prática de atividades sedentárias e os hábitos alimentares inadequados.

Todo mundo se preocupa de alguma maneira com a estética, e em especial, na adolescência, quando os hormônios estão a mil por hora. Nessa fase, os adolescentes precisam se enquadrar de qualquer jeito em algum grupo. E para que se enquadre em um grupo saudável, é preciso que sejam instruídos que a verdadeira beleza precisa estar diretamente relacionada, sobretudo com a saúde e não somente com a aparência do corpo.

É característica dos adolescentes seguir alguns modismos e hábitos alimentares em busca da aceitação e do convívio social. O contexto do mundo atual tem contribuído com muitas incertezas, inseguranças e problemas sobre os processos de formação, educação, crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes, com conseqüências negativas sobre a qualidade de vida dos indivíduos no decorrer de toda a vida. Com o intuito de evitar ou minimizar estas conseqüências, cabe aos pais ou responsáveis oferecer atenção, direcionamento e suporte aos seus filhos, estabelecendo limites e cobrando responsabilidades quando necessário.

Atualmente, apesar de existirem informações sobre tudo em todos os lugares, nem sempre é possível resolver todos os problemas apenas com as informações dos meios de comunicação. Não se pode ignorar os comportamentos alimentares inadequados

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

dos adolescentes e permitir que estes evoluam para problemas sérios de saúde. É preciso saber reconhecer quando precisamos de ajuda e, então, buscar orientação profissional especializada de médicos, nutricionistas e psicólogos.

E nós profissionais da área da saúde precisamos de alguma maneira interferir, para mudar a concepção de beleza desta juventude que é capaz de compreender tudo de maneira adequada, indo a busca de qualidade de vida e no futuro fazerem o mesmo com seus filhos.

REFERÊNCIAS

- 1- About, D.W.; Ackerman, S.H.; Agrasm, W.S.; Banzhaf, D.; Barber, J.; Bartlett, J.C.; e colaboradores. Practice guideline for eating disorders. Am J Psychiatry, 1993.
- 2-Adams, G.R. Physical Attractiveness Research: toward a Developmental Social Psychology of Beauty. Human development, 1997
- 3-American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating with eating disorders [revised]. Am J Psychiatry, 2000
- 4-American Psychiatric Association work group on eating disorders. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders [revision]. Am J Psychiatry, 2000.
- 5- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders . Washington DC, 1980
- 6- Andrade, A.C.; Bosi, M.L.M. Distúrbios alimentares em el tercer mundo: una realidad emergente in el panorana de la salud pública en Brasil. In: CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH POLICY. Perugia, Italia, 1998
- 7- Associação Americana de Psiquiatria . Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. — DSM IV. (4ª ed.) Porto Alegre, 1994
- 8- Ballone, G.J. Transtorno alimentares. In. Psiqweb, Internet, disponível em [http: //](http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html)
- 9- Ballone, G.J. Anorexia Nervosa. In. Psiqweb, Internet, disponível em [http: //](http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html)
- 10- Ballone, G.J.; Ortolani, I.V. - Bulimia Nervosa, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/bulimia.html> , revisto em 2003
- 11- Basdevant, A.; Pouillon, M.; Lahlou, N.; Le Barzic, M.; Brillant, M.; Guy- Grand, B. Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. Int J Eating Disord, 1995
- 12- Becker, A.E.; Burwel, R.A.; Gilman, S.E.; Herzog, D.B.; Hamburg, P. Eating Behaviours and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. The British Journal of Psychiatry, 2002
- 13- Behar, V.S. Abordagem psicoterápica do paciente com bulimia nervosa. Insight-psicoterapia, 1994
- 14- Borges, N.J.B.G.; Sicchieri, J.M.F.; Ribeiro, R.P.P.; Marchini, J.S.M.; Santos, J.E. Transtornos alimentares – quadro clínico. Medicina, Ribeirão Preto, 39 (3), 2006
- 15- Bruch, H. Anorexia nervosa. Theory and therapy. Am J Psychiatry, 1962.
- 16- Claudino, M.A.; Borges, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. Rev Brás. Psiquiatria, São Paulo, v. 24, supl. 3, p 7-12. Dez, 2002.
- 17- Casas, I.F. "La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia y la escuela". Pamplona , 2003.
- 18- Cash, T.F.; Deagle, E.A. The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia: a meta-analysis. International Journal of Eating Disorders, 1997
- 19- Castro, F.A.F.; Pereira, C.A.S.; Ribeiro, S.M.R.; Priore, S.E.; Bittencourt, S.M.C.B.; Queiroz, V.M.V. Educação Nutricional: A

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

Importância da Prática Dietética. Rev Nutrição em Pauta, ano X, n. 52, Jan/ Fev, 2002

20- Cattarin, J.; Willians, R.; Thomas, C.M.; Thompson, J.K. Body image, mood, and televised images of attractiveness: the role of social comparison. Br J Clin Psychol, 2000. Cavadini C. Hábitos alimentares durante a adolescência: contribuição dos lanches. São Paulo, 1995

21- Coates, V.; Françoso, L.A. Medicina do adolescente. 2 ed. São Paulo: Savier, 2003

22- Cooper, Z. The development and maintenance of eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: The Guilford Press; 1995

23- Cooper, P.J.; Taylor, M.; Cooper, Z.; Fairburn, C.G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. Int J Eat Disord 1987

24- Cordas, T.A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 31, n. 4, 2004.

25- Cordas, T.A.; Neves, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. Revista de Psiquiatria Clínica 1999

26- Doyle, J.; Bryant-Waugh, R. Epidemiology. In: Lask B, Bryant –Waugh R. (eds). Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. Psychology Press, East Sussex, 2000

27- Diagnóstico Nutricional de Adolescentes e escolares. In: Sisvan: Instrumento para o Combate aos distúrbios Nutricionais em Serviços de Saúde – O Diagnóstico Nutricional (E. M. Engstrom, D. E. Silva, E. L. Zaborowski, D. C. Barros & K. A. Monteiro, org.), pp. 79-88, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

28- Everill, J.; MacDonald, W.A.W. Dissociation in Bulimic and Non- Eating- Disordered Women. International Journal of Disorders, 1995

29- Fisberg, M. Projeto ensina modelo a comer e reduz distúrbios alimentares. Diário de São Paulo, 2003

30- Fisher, M.; Golden, N.H.; Katzman, D.K.; Kreipe, R.E.; Riss, J.; Schebendach, J.; e colaboradores. Eating disorders in adolescents: a Background Paper. J Adolesc Health. 1995

31- Fairburn, C.G. Psychological and Social Problemas Associated with binge eating. In: Fairburn CG (ed): Overcoming Binge Eating. The Guilford Press, New York, 1995

32- Garner, D.M.; Garfinkel, P.E. Social – cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychol. Med, n47, 1980

33- Griffin, J.; Berry, E.M. A modern day holy anorexia ? Religious language in advertising and anorexia in the west. Eur J Clin Nutr, v 57, 2003

34- Galvão, N.A. BULIMIA. ABC da Saúde e Prevenção. São Paulo, 2006

35- Goldstein, D.J. Effectiveness of fluoxetine therapy in bulimia nervosa regardless of comorbid depression. Int J Eat Disord 1999

36- Gross, J.; Rosen, J.C.; Leitenberg, H.; Willmuth, M.E. Validity of the Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in Bulimia Nervosa. Journal of Consultant and Clinical Psychology, 19686

37- Habernas, T. Friderada: a Case Of Miraculous Fasting. In J Eat Disord 5: 555-62,1986

38- Hargreaves, A.; e colaboradores. Educação para mudança. Porto Alegre: Artmed, 2001.

39- Hetherington, M.M.; Rolls, B.J. Dysfunctional eating disorders. The Psychiatric clinics of North America, 2001

40- Herzog, D.B.; Sacks, N.R.; Kelller, M.B.; Lavori, P.W.; Ranson, K.B.; Gray, H.M. Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. J AM Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1993

41- Jones, J.M.; Bennett, S.; Olmsted, M.P.; Lawson, L.; Roden, G. Disorders eating

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

attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. CMAJ, 2001

42- Key, A.; Lacey, H. Progress in eating disorder research. Cur Opin Psychiatry, 2002

43- Kutscka, H.J. O consumo do belo. In: Cordas TA. Fome de cão. Quando o medo de ficar gordo assusta.

44- Laxenaire, G. Anorexia nervosa y bulimia. El peso de la Cultura. Barcelona. Masson, 1994

45- Loyola, V. Ditadura da beleza Magra – as causas da anorexia. Tese de Dissertação.

46- Mirandé, G.; Celada, J.; Casas, J.J. Prevalence of eating disorders in spanish scholl-age population. J Adolesc Health. 1999

47- Marinho, M.C.S. A beleza, a saúde, a alimentação: que corpo é esse ? Brasília, 2005

48- Mahan, L.K.; Stump, S.E. Nutrição na adolescência. In: Mahan KL, Escott-Stump S, editores. Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 9a ed. São Paulo: Roca; 1998. p. 279-283.

49- Mitchell, J.E.; Crow, S.; Peterson, C.B.; Wonderlich, S.; Crosby, R.D. Feeding, laboratory Studies in patients with eating disorders: a review. International Journal of eating Disorders, 1998

50- Minerbo, M.; Khouri, M.G.; Ajzenberg, R.; Grunberg, S. Beleza feminina: um tema da clínica contemporâneo. Revista Brasileira de Psicanálise, São Paulo, 1997

51- Nunes, M.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 Brasileira de Psiquiatria, 23 (1), março, 2001

52- Organizacion Mundial de la Salud (OMS). La Salud de los Jovens um retro y uma esperanza. Genebra 1999

53- Philippi, S.T.; e colaboradores. Hábitos e comportamentos alimentares com sintomas de anorexia nervosa. Rev. de Nutr., Campinas, v.16, n.1, p-51-60; Jan / Mar. 2003.

54- Smolak, L.; Levine, M.P.; Schermer, F. Parental input and weight concerns among elementary school children. Int J Eat Disord, 1999

55- Shisslak, C.M.; Crago, M.; Estes, L.S. The spectrum of eating disturbances. Int J Eating Disord 1995.

56- Schilder, D.M.; Walsh, B.T.; Hasin, D.; Wing, R.; Marcus, M.D.; e colaboradores. Binge Eating Disorder: a multiside field trial of the diagnostic criteria. Int J Eating Disord 1994.

57- Saikali, C.J.; e colaboradores. Body image in eating disorders. Rev. psiquiatr. Clin. São Paulo, v 31, n.4, 2004 .

58- Serra, G.M.A.; Santos, E.M. Health and media in construction of obesity and perfect body. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2003

59- Stice, E.; Agras, W.S.; Hammer, L.D. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. In J Eat Disord , 2002.

60- Stunkard, A.J.; Sorenson, T.; Schulusinger, F. Use of the Danish Adoption Register for the study os obesity and thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW. The genetics of neurological and psychiatric disorders. New York: Raven, 1983.

61- Toro, J.; Vilardell, E. Anorexia nerviosa. Barcelona, 1987.

62- Williams, S.R. Equilíbrio de energia e manejo do peso. In: Fundamentos de Nutrição e Dietoterapia. 6a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

63- World Heath Organization. Obesity: preventing anda ,amaging the global epidemic. World Health Organization, Geneva, 1998.

Recebido para publicação em 20/06/2007
Aceito em 30/08/2007