

A INFLUÊNCIA DA IMAGEM CORPORAL COMO CAUSA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES ESCOLARES DE UMA ESCOLA DA REDE PARTICULAR DE BRASÍLIA

Simone Gonçalves Almeida – Faculdade Anhanguera de Brasília - unidade Taguatinga

RESUMO: Os transtornos alimentares são considerados quadros psiquiátricos caracterizados por trazerem uma grave perturbação no padrão alimentar do indivíduo, sendo a anorexia e a bulimia os principais tipos. Verificou-se incidência de transtornos alimentares em adolescentes de uma escola da rede particular de Brasília com 30 adolescentes de ambos os sexos, de 15 a 18 anos, avaliando aspectos socioeconômicos. Coletados peso e altura para a avaliação do estado nutricional, Recordatório alimentar de três dias para verificar deficiência de ferro e cálcio e a realização do Silhouette Matching Task (STM), para saber o grau de satisfação com o corpo. De trinta adolescentes (86,9%), estão insatisfeitos com a imagem corporal e o consumo de ferro assim como o de cálcio se mostrou inadequado com 63,3% dos adolescentes abaixo das recomendações diárias das DRI's. A insatisfação com a imagem corporal pode colaborar para a ocorrência de Transtornos Alimentares nos adolescentes investigados.

PALAVRAS-CHAVE:
Anorexia, Bulimia, Imagem corporal, transtornos alimentares.

KEYWORDS:
Anorexia, Bulimia, Body image, eating disorders.

ABSTRACT: Eating disorders are considered psychiatric disorders characterized by bringing a serious disturbance in eating patterns of the individual; anorexia and bulimia are the main types. To determine the incidence of eating disorders among adolescents in a school in private Brasilia. 30 adolescents of both sexes, 15 to 18 years in a private school, assessing socioeconomic aspects. Collected weight and height for assessment of nutritional status, food 24- hour recall three days to check for iron deficiency and calcium and the realization of Silhouette Matching Task (STM) to determine the degree of satisfaction with the body. Thirty teenagers (86.9%) are dissatisfied with the image and body iron intake and the calcium proved inadequate with 63.3% of adolescents below the daily recommendations of DRI's. Dissatisfaction with body image may contribute to the occurrence of eating disorders in adolescents investigated.

Artigo Original
Recebido em: 29/01/2013
Avaliado em: 02/02/2013
Publicado em: 14/05/2014

Publicação
Anhanguera Educacional Ltda.

Coordenação
Instituto de Pesquisas Aplicadas e
Desenvolvimento Educacional - IPADE

Correspondência
Sistema Anhanguera de
Revistas Eletrônicas - SARE
rc.ipade@anhanguera.com

1. INTRODUÇÃO

A imagem corporal é a forma como o corpo se apresenta para cada indivíduo está diretamente ligada ao desenvolvimento de transtornos alimentares em especial na anorexia nervosa e bulimia nervosa. O processo de formação da imagem corporal é de ordem multifatorial e pode ser influenciado pelo ambiente escolar, pela mídia, local de trabalho e valores inseridos na cultura do indivíduo. Formando assim pessoas extremamente preocupadas pela forma como o seu corpo se representa tanto para si como para os outros.

Os transtornos alimentares (TA) se caracterizam como alterações que acontecem no comportamento dietético dos indivíduos e que acaba por levar a vários prejuízos, psicológico, biológico e um considerável aumento da morbi-mortalidade, são diagnosticadas como doenças psiquiátricas e que afetam na maioria das vezes adolescentes e adultas jovens do sexo feminino.

A prevalência de TA se dá na maioria dos casos nos países industrializados por atingir primariamente pessoas com alto poder aquisitivo e de classes mais altas e já fazem parte dos problemas de saúde pública em países em desenvolvimento como o Brasil, atingindo cada vez mais pessoas, que em muitos casos não conseguem se quer fazer um diagnóstico real da situação da qual está envolvida, por conta do não conhecimento sobre o assunto.

Pessoas com problemas psicológicos, depressão e vícios podem se tornar um público alvo para o desenvolvimento desses distúrbios, pois se encontram em estado de fragilidade emocional, deixando de se alimentar corretamente e fazendo restrições a determinados alimentos. Segundo Borges (2006, p. 341) “essa doença está intimamente ligada à auto-estima da pessoa, pois apresenta sintomas em comum que envolve a preocupação excessiva com o peso, distorção da imagem corporal e um medo patológico de engordar”.

2. IMAGEM CORPORAL

O processo de formação da imagem corporal de um indivíduo pode ser influenciado por vários fatores, como a relação com crenças, cultos religiosos, valores inseridos em uma cultura e em especial o ambiente de trabalho ou escolar, e determina características de fundamental importância no processo de formação e de aceitação do indivíduo junto ao seu corpo, atingindo especialmente os adolescentes que sofrem uma série de mudanças neste período, como a menarca que pode ocasionar um aumento no depósito de gorduras modificando a composição corporal e a forma como essas adolescentes se enxergam em frente ao espelho ou em relação às outras pessoas (RIBEIRO; VEIGA, 2010).

A relação entre a insatisfação com a imagem corporal (IC) e sintomas de transtornos alimentares é identificada em diversos países inclusive no Brasil, local em que houve um

crescimento no número de casos de adolescentes que desenvolveram essa patologia. Essas adolescentes adotam práticas inadequadas de controle de peso pelo fato da insatisfação com o corpo fazendo uso de diuréticos, laxantes, auto-indução de vômitos, realização de atividade física extenuante entre outros, apresentando maior risco de desenvolvimento de transtornos alimentares quando comparadas aos adolescentes satisfeitos com a sua imagem corporal (ALVES et al., 2008).

Segundo Bosi et al. (2006, p. 109) “o culto ao corpo nos dias de hoje está diretamente ligado à imagem de poder, beleza e mobilidade social aumentando assim a insatisfação das pessoas com a própria aparência e levando a atitudes extremamente drásticas em busca de resultados instantâneos”.

A imagem corporal consiste na forma como o corpo se apresenta para cada indivíduo, como enxerga o seu corpo à percepção desta imagem, se tornando mais importante na determinação de TA do que o próprio peso, sendo um potencial fator no diagnóstico dessas doenças (SCHERER et al., 2010).

A indústria cultural que trafega pelos meios de comunicação encarrega-se da criação de desejos e reforçam imagens padronizando corpos, os olhares nos dias de hoje vêem corpos sendo moldados por atividades físicas, cirurgias plásticas e tecnologias estéticas, aumentando assim a possibilidade de uma tendência ao desenvolvimento de transtornos alimentares e uma imagem corporal distorcida (RUSSO, 2005).

3. TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares são classificados como doenças psiquiátricas e se caracterizam por graves alterações do padrão alimentar do indivíduo que afetam em sua maioria adolescente e jovem adultos do sexo feminino, transcrevendo um público alvo e predisposto a doença. O direcionamento a estas pessoas se dá pelo fato de uma preocupação maior com o corpo e pela representação de sua imagem (BORGES et al., 2006).

Os fatores etiológicos dos TA se baseiam na vulnerabilidade biológica e na predisposição psicológica de cada pessoa, e afirma-se que há uma apresentação maior de casos nas classes média e alta, havendo nos últimos anos uma mudança nessas características incluindo não apenas pessoas de rendas mais baixas como negros e homens (DUNKER; FERNANDES, 2009).

O início do quadro clínico dos TA pode passar despercebido pelos pais e até mesmo pelo próprio indivíduo, que muitas vezes desconhece sinais e sintomas dessa doença. O tempo entre a identificação dos sintomas, a conscientização da existência de um problema de saúde, até a procura pelo tratamento, pode durar anos agravando a situação real desses portadores de distúrbios alimentares (DUNKER, 2009).

Mulheres jovens, por serem mais vulneráveis às pressões dos padrões socioculturais,

econômicos e estéticos, acabam constituindo o grupo de maior risco para um possível desenvolvimento desses transtornos que apresentam múltiplas causas, incluindo fatores genéticos, ambientais e comportamentais (BOSI et al., 2006).

Na maioria das vezes os TA não são vistos nem compreendidos com seriedade pelo paciente e seus familiares, o que dificulta e retarda a busca por ajuda médica, psicológica e nutricional, fundamentais nesses casos, acarretando na falta de conhecimento e de aceitação desses transtornos como doença, prejudicando ainda mais o indivíduo acometido podendo até mesmo levá-lo a morte (CORDAS, 2004).

O trabalho da equipe de saúde com os portadores de transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas) é árduo, desgastante e muitas vezes bastante longo não só para os profissionais, mas principalmente para o doente e a família, que sofrem a cada passo dado ao longo do tratamento (SICCHIERI et al., 2006).

3.1. Tratamento

De acordo com Salzano e Cordás (2004, p. 165) “a principal meta do tratamento da anorexia nervosa (AN), segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002), é o ganho de peso até o índice de massa corporal (IMC) acima de 19, para recuperar possíveis perdas que estes indivíduos tenham sofrido”. Já para a bulimia nervosa (BN) a meta principal do tratamento é a regularização do padrão alimentar com suspensão de práticas purgativas e restritivas como uso de medicamentos e indução de vômitos (APA, 2000). A intenção num primeiro momento para bulímicos nervosos é a não utilização de tratamento farmacológico e caso o tratamento não evolua como esperado, medicamentos antidepressivos são indicados para que se tenha uma evolução melhor no tratamento da doença que se associa diretamente com quadros de depressão profunda.

A assistência aos pacientes com transtornos alimentares requer um cuidado especial e que seja realizado por profissionais capacitados e que atuem em conjunto formando uma equipe multidisciplinar, que na maioria das vezes é composta por médicos psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos. O trabalho em uma equipe interdisciplinar, é mais eficaz que o tratamento clínico psicológico ou psiquiátrico exclusivo, é menos desgastante e atende às necessidades do paciente como um todo, acelerando muitas vezes a recuperação e facilitando a vida destes indivíduos (CABRERA, 2006).

3.2. Tratamento nutricional

O objetivo principal do tratamento nutricional dos transtornos alimentares é a avaliação do consumo alimentar as deficiências e a elaboração de um plano que se adéqüe para cada paciente e consiga proporcionar a recuperação de peso perdido na anorexia ou no caso da bulimia conseguir a adequar e normalizar o padrão alimentar, a percepção de fome e

saciedade, e a melhora da relação do paciente com o alimento e o corpo, em especial a promoção de hábitos alimentares saudáveis e uma melhor qualidade de vida para estas pessoas (KACHANI; CORDAS, 2011).

O tratamento nutricional para a bulimia nervosa (BN) e para a Anorexia nervosa (AN) se diferencia dos outros, pois as formas de orientações nutricionais se conduzem de forma diferente de determinados tratamentos feitos pelos profissionais da nutrição. Nos tratamentos comuns se observa que o estado nutricional do indivíduo é o único objetivo para o paciente alcançar. A meta principal do tratamento dos TA é o reaprendizado em se alimentar de forma normal, o que na maioria das vezes se torna mais difícil pelo fato do paciente acreditar ter amplo conhecimento sobre alimentação e achar que esta comendo de forma correta. (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

Dentro de uma equipe multidisciplinar que é a responsável por tratar do paciente com transtorno alimentar, o nutricionista é o profissional capaz para propor modificações do consumo, padrão e comportamento alimentares, aspectos estes que estão profundamente alterados em indivíduos que sofrem com a presença destes transtornos em sua vida, onde se tem o auxílio de diversos profissionais que trabalham em conjunto para a melhora do quadro do doente (LATTERZA et al., 2004).

Devido ao grande aumento nos números de casos nos adolescentes, a falta de conhecimento da população e por se tratar de um tema de grande relevância para a nutrição, este artigo tem como finalidade verificar a influência da imagem corporal como causa de transtornos alimentares em uma escola da rede particular de Brasília, avaliando assim o estado nutricional, consumo alimentar através de recordatório e o consumo de micronutrientes como ferro e cálcio dos indivíduos inseridos na pesquisa.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal cuja população alvo foi constituída por trinta alunos de ambos os sexos da 2ª série do ensino médio de uma escola privada do DF. O trabalho foi realizado através de uma pesquisa de campo.

O estudo foi realizado em uma escola particular na região administrativa do Gama-DF, que atende alunos da 1ª a 3ª série do Ensino Médio, durante o período da manhã e que foi escolhida por conveniência, e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o número 165.386.

A pesquisa foi realizada no mês de Agosto 2011 com autorização da direção e da coordenação pedagógica da escola. Foi aplicado o recordatório alimentar de três dias de acordo com Mahan e Escott-Stump (2005), sendo observado a alimentação durante dois dias na semana e um dia no final de semana e um questionário socioeconômico que foi

aplicado aos alunos. Avaliação antropométrica foi realizada por meio de mensuração de peso e estatura, utilizando balança digital G-Tech Glass 1 FW com capacidade máxima para 150 kg, estadiômetro Compacto, com capacidade de 2m. Estas informações foram usadas nos cálculos de Índices de Massa Corporal (IMC) e na classificação do estado nutricional, de acordo com (OMS, 2007).

Para a avaliação da percepção da imagem foi usado a Silhouette Matching Task (SMT) ou teste de avaliação da imagem corporal (MARSH; ROCHE, 1996).

Os critérios de inclusão foram alunos da escola com idades entre 15 e 18 anos de ambos os sexos. Tiveram consentimento dos pais, em que estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o modelo criado pelo CEP da Anhanguera Educacional. Critérios de exclusão, participantes que não entregaram o TCLE, faltaram no dia da coleta de dados e que não quiseram participar da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 30 alunos sendo 20 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, da 2ª série do Ensino Médio de uma escola da rede particular de Brasília. Verificou-se que os adolescentes entrevistados em sua maioria apresentavam idade entre 15 e 18 anos de idade.

Em relação à situação socioeconômica pode-se observar que a maioria dos pais dos entrevistados possui nível de escolaridade superior incompleto ou completo, (63,3%) e uma renda de dois a nove salários mínimos, como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Renda e escolaridade dos pais dos adolescentes.

	Numero	%
Escolaridade do chefe de família		
Ensino fundamental C/I	1	3,3
Ensino Médio C/I	10	33,3
Curso Superior C/I	19	63,3
Renda Familiar		
Até 2 salários mínimos	1	3,3
De 2 a 9 salários mínimos	18	60
Mais de 10 salários mínimos	11	36,6

De acordo com Alves et al. (2008), a renda não é um fator determinante para o desenvolvimento de transtornos alimentares, em relação ao nível socioeconômico no estudo de Alves et al. (2008), a presença de sintomas de anorexia nervosa não esteve relacionada a *renda per capita*. No presente estudo observou-se que os pais dos adolescentes ou chefes de família, apresentam uma condição socioeconômica boa, isso pode influenciar no desenvolvimento de algum tipo de transtorno alimentar ou aumentar a insatisfação com o corpo que eles apresentam. Pois quanto maior a renda, maior acesso esses jovens terão a meios que veiculam praticas que favorecem os transtornos alimentares, como a internet que disponibiliza diversos sites e blogs sobre o tema.

Ainda em relação aos aspectos socioeconômicos Fernandes (2007), em um estudo realizado com jovens de 6 a 18 anos de escolas públicas e particulares constatou que a classe social é sim de extrema importância e significativa na construção da imagem corporal desses indivíduos, que se importa com aquilo que eles vão mostrar para os outros. Dunker (2009) relata em seu estudo que a maioria dos chefes de família de escolas particulares tem ensino superior completo/incompleto e uma renda entre 5 a 15 salários mínimos, mostrando que adolescentes de escolas da rede particular apresentam condições socioeconômicas melhores.

Hoje se sabe que os transtornos alimentares acometem varias classes sociais, em varias regiões e vários tipos de pessoas, adolescentes, mulheres adultas, homens e não somente mulheres de classes altas e com insatisfação com seu corpo (DUNKER; FERNANDES; FILHO, 2009).

Tabela 2. Estado Nutricional e Freqüência de algum tipo de dietas no último ano.

	Numero	%
Estado Nutricional		
Baixo peso (Percentil 5)	3	10
Eutrofia (Percentil 5 a 85)	23	76,6
Sobre peso/obesidade (Percentil > 85)	4	13,3
Uso de dietas		
Não fizeram	2	6,6
1 a 2 vezes	3	10
3 a 4 vezes	17	56,6
4 vezes ou mais	8	26,6

A maioria dos adolescentes que participaram da pesquisa estavam eutróficos (76,6) enquanto 10 % apresentaram baixo peso, o uso de dietas feito pelos adolescentes no ultimo ano apresentou em sua maioria o uso de algum método para emagrecer em um total de 56% dos adolescentes. Foram considerados métodos purgativos, dietas extremamente restritivas e qualquer tipo de ação para que não houvesse ganhado peso e que aumentasse a perda. Conforme descrito na tabela 2.

O resultado apresentado pelo estudo mostra que a maioria dos adolescentes sendo eles de ambos os sexos, fizeram dieta no ultimo ano com a intenção de perder peso. De acordo Dunker; Fernandes (2009) a prática do uso de dietas é mais comum em adolescentes de escolas particulares. O habito de fazer dietas, segundo alguns estudos nacionais é mais comum principalmente em meninas, devido à maior preocupação delas com o peso. Dutra (2006), Vilela et. al (2004).

A média da estatura dos entrevistados foi de 166,5 cm, e a média do peso foi de 63,8kg e a média apresentado pelo IMC foi de 22,61 kg/m² que é considerado adequado e tende para um valor limite inferior.

No estudo realizado por Branco (2006), observou-se que as adolescentes apresentaram uma autopercepção não condizente com o estado nutricional e que apresentavam algum sentimento de insatisfação com a imagem corporal. O que pode ser encontrado neste estudo, mesmo eutróficos os adolescente demonstraram querer uma imagem corporal diferente da que apresentam.

Os adolescentes relataram que o grau de satisfação com o corpo é o maior problema enfrentado por eles, sendo que 43,3% estão mais ou menos satisfeitos com o que seu corpo representa para si; já outros 43,3% não estão satisfeitos. Pode-se observar a associação com o estado nutricional em ambos os sexos, pois a maioria dos insatisfeitos encontra-se eutróficos. Os que foram classificados em sobre peso e obesidade com percentil maior que 85, (13, 3%), também apresentam insatisfação com seu corpo querendo uma redução de peso.

Em comparação ao estado nutricional o presente estudo revela que 76,6% dos adolescentes investigados apresentam-se eutróficos, e 43,3% estão insatisfeitos e 43,3% mais ou menos satisfeitos com a sua imagem corporal o que vai de acordo com um estudo realizado por Scherer (2010), em que revelou que 75, 8% das adolescentes investigadas apresentaram insatisfação com a imagem corporal mesmo apresentando eutrofia, essas adolescentes sofrem alterações durante o período da menarca, aonde ocorre diversas alterações físicas em seu corpo. A comparação com o referido estudo mostrou uma proximidade da insatisfação apresentada pelos adolescentes.

Tabela 3. Grau de satisfação com o corpo e distribuição das silhuetas escolhidas pelos estudantes.

	Numero	%
Grau de Satisfação com o corpo		
Satisfeito (a)	4	13,3
Não satisfeito (a)	13	43,3
Mais ou menos satisfeito (a)	13	43,3
Distribuição das silhuetas escolhidas pelos estudantes		
Silhueta escolhida	Homens	
1 ou 2	5	50
3 ou 4	4	40
_ > 5	1	10
Silhueta escolhida	Mulheres	
1 ou 2	14	70
3 ou 4	4	20
_ > 5	2	10

No presente estudo o grau de insatisfação com o corpo ou imagem corporal, mostrou que os adolescentes em sua maioria não estão satisfeitos com a forma que enxergam seus corpos. Em acordo a isso, Branco (2006) relata em seu estudo que as meninas tendem a apresentar maior insatisfação com o corpo do que os meninos.

Segundo Alvarenga (2004) o corpo se tornou objeto de consumo e magreza sinônimo de beleza, valor e realização. A imagem que os adolescentes têm de si é mais importante para eles do que o próprio corpo, o que se torna um fator de risco para TA.

De acordo com o Silhouette Matching Task (SMT, 1996), escala de imagens utilizadas, às silhuetas escolhidas mostrou que esses adolescentes encontram-se extremamente insatisfeitos com a sua imagem corporal, em especial nas meninas entrevistadas que relataram em sua maioria, 70%, que gostariam de ter as silhuetas 1 e 2, que representam as imagens mais magras; e outras 20% escolheram as de número 3 e 4, que seriam silhuetas menos magras que 1 e 2; e apenas 10% apontaram acima da 5ª silhueta essas adolescentes estavam obesas, devido a isso a vontade de uma imagem corporal mais magra. Com os rapazes observou-se praticamente a mesma insatisfação das garotas, a busca por uma silhueta mais magra, 50% escolheram as figuras corporais 1 e 2, e 40% as figuras 3 e 4 e apenas 10% por se apresentaram obesos escolheram figuras acima da 5ª.

A escolha das silhuetas pelos adolescentes mostrou que a maioria apresentou insatisfação com sua imagem corporal ao escolher a silhueta 1 e 2 que são mais magras e menos saudáveis, o que demonstra que gostariam de ter um corpo mais magro. Em estudo

realizado por Alvarenga (2004), mostrou que (50,8 %) gostariam de ter a silhueta menor que a autopercebida como usual independente da faixa etária e sexo, e (36,1%) gostariam de ter a silhueta menor do que a considerada mais saudável.

Tabela 4. Recordatório alimentar de três dias, ingestão calórica (segunda-feira, quarta-feira e sábado).

	Numero	%
Totais de Kcal	Homens	
800 a 1000 kcal	1	10
1000 a 1200 kcal	3	30
1200 a 1400 kcal	5	50
Mais de 1400 kcal	1	10
Totais de Kcal	Mulheres	
800 a 1000 kcal	5	25
1000 a 1200 kcal	11	55
1200 a 1400 kcal	2	10
Mais de 1400 kcal	2	10

Na ingestão calórica, média realizada de três dias de Recordatório 24h, sendo dois dias da semana e um do final de semana, pode-se observar no geral, de acordo com a Tabela 4, que o consumo calórico na maioria dos casos tanto para homens como para as mulheres não se ultrapassa 1400 Kcal, em dados reais as adolescentes relataram 55% de um consumo 1000 a 1200 kcal, enquanto que os adolescentes 50% consomem entre 1200 a 1400 Kcal. A alimentação rica em refrigerante, produtos industrializados, fritos pode ajudar a elevar o valor calórico relatado pelos adolescentes.

A ingestão calórica dos adolescentes neste estudo não ultrapassou 1300 kcal na média geral. Segundo Oliva; Fagundes (2001) a ingestão nessa idade em seu estudo foi de 1289 kcal com baixa proporção de calorias originadas de gordura e mais da metade não conseguiu atingir a RDA, 1989 para micronutrientes como o cálcio e algumas vitaminas. O que difere do presente estudo aonde a quantidade calórica acima de 1200 kcal só foi possível ser alcançada com a presença de alimentos com baixo teor de nutriente e alto valor calórico.

Com o relato da ingestão calórica observou-se a deficiência de minerais como ferro e cálcio, o consumo de cálcio se mostrou baixo como no estudo realizado por Oliva; Fagundes (2001) em sua maioria com 43,3 % consumindo menos que as recomendações diárias das DRIS (2002), que apresenta como valor de referencia 1300mg para cálcio e 13mg para ferro e apenas 23,3% conseguiram atingir mais de 1300mg por dia e garantir um consumo adequado. Dos alimentos fonte de cálcio como leite, iogurtes, queijos, sorvetes os 66,6% não relataram o consumo destes alimentos ou outros com fontes significantes de cálcio no

recordatório realizado, devido a isso apresentaram uma ingestão menor que a recomendada, como mostra a tabela 5.

Tabela 5. Ingestão de ferro e cálcio na alimentação.

	Valor de Referência (DRIs, 2002)	Número	Percentual de adequação
Cálcio			
Baixo	1300mg	20	66,6
Adequado		7	23,3
Alto		3	10
Ferro			
Baixo	11mg (masculino) / 15mg (feminino) (M = 13mg)	19	63,3
Adequado		9	30
Alto		2	6,6

Quanto aos valores de referência de ferro, o primeiro valor é referente ao sexo masculino, enquanto o segundo é referente ao sexo feminino. Também foi colocado, entre parênteses, a média entre os dois valores de referência de ferro. O consumo de ferro assim como o de cálcio se mostrou inadequado com 63,3 % dos adolescentes abaixo das recomendações diárias das DRIS (2002) de 13mg diárias, e apenas 30% encontram-se com a ingestão adequada de ferro, alimentos como carne, leguminosas, folhosos verdes-escuros fontes de ferro, quase que não foram relatados pela maioria dos adolescentes que participaram da pesquisa. Apenas 30% têm um consumo adequado deste mineral.

Ruviaro et al. (2008), mostra em seu estudo, realizado com adolescentes de uma escola pública de Gurapuava-PR, que o consumo de ferro, cálcio e fósforo se mostrou abaixo das recomendações nas meninas e o ferro foi encontrado em excesso nos meninos. E relata que os adolescentes de seu estudo apresentaram dieta habitual inadequada com desequilíbrios de macronutrientes e micronutrientes, o que em comparação com o presente estudo se adéqua com os valores encontrados aonde foi possível identificar a deficiência de ferro e cálcio em ambos os sexos e uma ingestão inadequada tanto de macronutrientes como micronutrientes pelos adolescentes da pesquisa.

6. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu mostrar que os resultados encontrados, evidenciam que o ideal de corpo magro imposto pela sociedade prevalece, pois os adolescentes apresentaram em sua maioria insatisfação corporal mesmo estando eutróficos. Essa insatisfação com o próprio corpo apresentada neste artigo pode ser um fator precipitante dos TA, contribuindo juntamente com outros fatores etiológicos, ambiental, cultural e os aspectos econômicos dos indivíduos. A prática alimentar dos adolescentes estudados é inadequada já que há baixo consumo de hortaliças e frutas, além de inadequado consumo de cálcio e ferro, micronutrientes essenciais para as transformações que esses adolescentes sofrem neste período.

Os resultados encontrados demonstraram que comportamentos de risco para TA, como a preocupação com peso e restrição alimentar é característico nessa fase da vida, levando a um estado nutricional deficiente, a possibilidade do desenvolvimento de TA e uma imagem corporal negativa.

É de extrema importância que se tenha investimentos em programas de avaliação e educação nutricional no ambiente escolar, para que se detectem esses tipos de problemas que acometem os adolescentes em sua maioria. Tendo como finalidade a promoção de mudanças nos conceitos de imagem corporal e que se realize novos estudos sobre este tema aprofundando nas origens e conseqüências da insatisfação corporal em adolescentes em idade escolar.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. S; SCAGLIUSI, F. B. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. *Revista de nutrição, Campinas*, v.23, n.5, set/out. 2010.
- ALVARENGA, M. A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo. In: Philippi ST, Alvarenga, M, editores. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole, 2004. p. 2 - 20.
- ALVES, E, et al. 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, Rio de Janeiro*, v. 24, n. 3, mar, 2008.
- BRANCO, L. M; HILARIO, M. O. E; CINTRA, I. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista psiquiatria clínica*. São Paulo, V. 39, n. 6. 2006.
- BORGES, N. J. B. G et al. Transtornos alimentares-quadro clínico. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 39, n. 3, jul/set. 2006.
- BOSI, M. L. M et al. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2. 2006.
- CABRERA, C. C. Estratégia de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtornos alimentares: O tratamento farmacológico. *Simpósio: Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosa IX, Ribeirão Preto*, v. 39, n. 3, jul/set. 2006.
- CORDÁS, T. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de psiquiatria Clínica, São Paulo*, v.31, n. 4. 2004.

- DUTRA, C. L.; ARAUJO, C. L.; BERTOLDI, A. Prevalencia de sobrepeso em adolescentes: um estudo de base populacional em uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saude Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n.1, jan. 2006.
- FERNANDES, A.E.R (tese). Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. 2007. Belo Horizonte, MG.
- DUNKER, K. L. L. Prevenção dos transtornos alimentares: uma revisão metodológica. *Nutrire: Revista Social Brasileira de Alimentação*, São Paulo, v.34, n. 2. 2009.
- DUNKER, K. L. L.; FERNANDES, C. P. B. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de riscos para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, São Paulo, v. 58, n. 3. 2009.
- IOM (INSTITUTE OF MEDICINE). Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc. Washington, DC: National Academy Press, 2002.
- KACHANI, A. T; CORDÁS, T. A. Anorexia nervosa e retardo mental. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, São Paulo, v. 60, n. 1. 2011.
- LATERZA, et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Revista de psiquiatria clínica*, São Paulo, v. 31, n. 4. 2004.
- MAHAN, L. K., ESCOTT-STUMP, S. KRAUSE Alimentos, Nutrição & Dietoterapia. São Paulo, Roca, 2005.
- MARSH, H. W; ROCHE, L. A. Predicting self-esteem from perceptions of actual and ideal ratings of body fatness: is there only one ideal "supermodel". *Research Quarterly for exercise and Sport*, v. 67, n. 1, p.13-23, 1996.
- OLIVA, C. A. G; FAGUNDES, U. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. *Psiquiatria na pratica médica*, São Paulo, v. 34, n. 2, abr/jun. 2001.
- RIBEIRO, L. G; VEIGA, G. V. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. *Revista Brasileira Medicina e Esporte*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, mar/abr. 2010.
- RUSSO, R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento e percepção*, Espírito Santo de Pinhal-SP, v. 5, n. 6, jan/jun. 2005.
- RUVIARO, L; NOVELLO, D; QUINTILIANO. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio publico de Guarapuava-PR. *Revista salus*, Guarapuava-PR, v. 2, n. 1, jan/jun. 2008.
- SALZANO, F. T; CORDÁS, T. A. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. *Revista de psiquiatria clinica*, São Paulo, v. 31, n. 4. 2004.
- SCHERER, F. C. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, Santa Catarina, v. 59, n. 3. 2010.
- SICCHIERI, J. M. F. et al. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3. 2006.
- VILELA, et al. Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 49. 2004.