

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF / FEA / FSP
Programa de Pós-Graduação Interunidades
em Nutrição Humana Aplicada–PRONUT

KARIN LOUISE LENZ DUNKER

Programa de prevenção de comportamentos de risco para transtornos
alimentares em adolescentes: estudo piloto

Tese para obtenção do grau de
Doutor

Orientador:
Prof^a. Dr^a. Sonia Tucunduva Philippi

Versão revisada

São Paulo
2006

KARIN LOUISE LENZ DUNKER

Programa de prevenção de comportamentos de risco para transtornos
alimentares em adolescentes: estudo piloto

Comissão Julgadora
Tese para obtenção do grau de Doutor

Prof^ª. Dr^ª. Sonia Tucunduva Philippi
(Orientador/Presidente)

1^º Examinador

2^º Examinador

3^º Examinador

4^º Examinador

São Paulo, ____ de _____ de 2006.

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

Dunker, Karin Louise Lenz

Programa de prevenção de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes: estudo piloto/
Karin Louise Lenz Dunker – São Paulo, 2006. 98p.

Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP. Faculdade de Economia e Administração da USP. Faculdade de Saúde Pública da USP - Curso Interunidades em Nutrição Humana Aplicada.

Orientador: Sonia Tucunduva Philippi

I. Transtornos alimentares 2.Avaliação do estado nutricional 3.Satisfação corporal 4.Adolescentes

II. Philippi, Sonia Tucunduva, orientador

Como é por dentro outra pessoa
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro
entendimento.

Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição de qualquer
semelhança
No fundo.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora e amiga **Sonia Tucunduva Philippi** que me guia e incentiva há muitos anos, tanto na área profissional como pessoal, com sua força, otimismo e sabedoria.

À **Marle Alvarenga**, por sua amizade e companheirismo na busca de ideais e por sempre me incluir em seus projetos de vida pessoal e profissional.

Ao meu querido **Luis**, marido e amigo, por todo seu amor, carinho, atenção, e muita paciência nesta longa jornada de trabalho, de estresse e noites mal dormidas.

À minha mãe, **Elisabete**, por sempre estar ao meu lado nos bons e maus momentos, sempre otimista e com uma palavra de apoio e carinho.

Aos meus avós **Colin e Ruth**, que já se foram, mas que deixaram muitos ensinamentos, e sempre me incentivaram a realizar os sonhos.

À **Joanne Ikeda**, orientadora da University of Berkeley, que me acolheu com todo carinho, e possibilitou ter novas experiências científicas e pessoais, e a realização deste trabalho durante minha estadia nos Estados Unidos.

A **Kim Phuc** da University of Berkeley, por todas as conversas de apoio, amizade e companheirismo durante os momentos difíceis destes quatro meses de estágio.

Ao psiquiatra **Craig Barr Taylor**, referência na área de prevenção de transtornos alimentares, que permitiu a minha participação nas reuniões do grupo de estudos do programa “Student Bodies” da University of Stanford, e que muito me ensinou com seu jeito simples de ser.

Á **Connie Sobczak**, fundadora da associação “Body Positive” por sua paciência na legendagem do vídeo “Body Talk”, instrumento utilizado no programa.

Á **Flávia Schwartzman** por me apresentar as nutricionistas de Berkeley, e por sua ajuda na tradução e legendagem do vídeo.

Á **Fernanda Scagliusi** por sua ajuda no processo de tradução e retrotradução do questionário SATAQ-3, pré-teste e pelo apoio nas análises estatísticas.

Á psicóloga **Sandra Cezar** por sua ajuda, paciência e empenho para realizar as aulas de dança com as alunas.

Às diretoras das escolas **Marina e Sylvinha** por permitir a realização da pesquisa, e as orientadoras **Viviane** na escola experimental, e **Amábile** na escola controle pelo auxílio na organização do grupo.

À **Greisse e Luciana Kaneshiro**, pelo apoio na coleta de dados da escola controle.

À **Carol Magalhães** pela revisão ortográfica.

Á **Rita de Cássia** pela amizade, revisão e indicações importantes para a elaboração deste trabalho.

A todas as meninas que participaram da pesquisa, por sua atenção e paciência, mas também por sua alegria de viver.

À **Capes** pela bolsa de doutorado concedida, e à **Fulbright** pela complementação desta bolsa, e a experiência de conhecer pessoas do mundo inteiro nos encontros sociais promovidos durante minha estadia na Califórnia.

RESUMO

Dunker KLL. **Programa de prevenção de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes : estudo piloto.** São Paulo; 2006. [Tese de Doutorado – FCF/FEA/FSP/USP].

Objetivos: Desenvolver e avaliar um programa de prevenção de comportamentos de risco para TA em adolescentes. **Metodologia:** O programa foi aplicado em dois grupos de adolescentes do gênero feminino, avaliados antes da intervenção (fase 0), após a intervenção (fase 1) e quatro meses após o término do programa (fase 2) em relação a: estado nutricional, satisfação corporal, comportamentos de TA, atitudes socioculturais quanto à aparência e atividade física. **Resultados:** O programa “SE LIGA na NUTRIÇÃO” foi composto de onze sessões com temas relacionados aos fatores de risco de TA. A população de estudo constituiu-se de adolescentes de 12 a 14 anos, sendo que a o grupo controle (n=35) tinha em média um ano a mais que o grupo experimental (n=13). Nos dois grupos a maioria apresentou-se eutrófica ao longo da intervenção apesar do GE pesar e ter uma estatura maior. O GE apresentou escore inicial mediano no EAT-26 maior que o GC, no entanto houve uma redução nos dois grupos na fase 1 e manutenção na fase 2. Tanto no escore total e na subescala de dieta o GE teve uma redução maior mas não significativa comparado com o GC. O número de meninas do GE que superestimavam o peso foi maior que o GC na fase inicial. Na fase 1 o grupo GE teve uma diminuição e na fase 2 um aumento. Verificou-se no GE uma redução na insatisfação corporal quanto ao peso desejável na fase 1, mas um aumento na fase 2, enquanto na percepção do saudável houve uma diminuição pós intervenção, que se manteve depois dos quatro meses. No GC as duas percepções apresentaram valores constantes e o número de meninas que superestimavam o peso diminuiu ao longo da intervenção. Em relação às atitudes socioculturais (SATAQ-3) observou-se uma redução significativa do escore no GE. Na escala total e subescala de informação do SATAQ-3 os escores foram significativamente maiores no GE na fase 0, e teve uma redução significativa na fase 2 comparada com o GC. O consumo energético teve uma redução significativa nos dois grupos. Observou-se que não houve diferença de

consumo de proteína, mas um consumo significativo menor de carboidratos e maior de lipídios no GE em comparação ao GC. O cálcio reduziu e o ferro aumentou significativamente. O número de adolescentes consideradas ativas e muito ativas aumentou no GE e diminuiu no GC. **Conclusões:** Os resultados positivos e significativos observados, assim como a boa aceitação pelas adolescentes, demonstram a importância de incorporar o Programa desenvolvido em escolas visando a prevenção dos comportamentos de risco de TA.

Palavras chaves: transtornos alimentares, satisfação corporal, prevenção, adolescentes, influência sociocultural, consumo alimentar.

SUMMARY

Dunker KLL. **Programa de prevenção de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes: estudo piloto.** [Program to prevent eating disorders risk behaviors in adolescent: a pilot study]. São Paulo; 2006. [Tese de Doutorado – FCF/FEA/FSP/USP].

The objective of this study was to assess a prevention program of eating disorders risk behaviors in adolescents. The program was applied in two groups of adolescent girls, assessed at baseline (phase 1), immediately after program completion (phase 1) and 4 months later (phase 2) on several measures of nutritional status, body satisfaction, eating disorders (ED) behavior, sociocultural towards appearance, and physical activity. The program “SE LIGA na NUTRIÇÃO” was based on subjects related to ED risk factors, and has eleven sessions. Population was formed by 12 to 14 years adolescent girls, considering that the control group (GC) (n=35) were one year older than the experimental group (GE) (n=13). Most of both groups were eutrophic during the intervention, although GE had higher weight and height. GE had initially a EAT-26 score higher than GC, however it was noticed a decrease in both groups in phase 1 and sustain on phase 2. Total score and subscale of dieting GE had a higher decrease but not significant comparing to GC. Girls who overestimate their weight were higher than GC at phase 0. In phase 1 GE had a decrease and increase in phase 2. In GE there were a reduction in body dissatisfaction considering desired weight on phase 1, and a increase in phase 2. Perception of healthy weight decreased after intervention, and sustain after four months. In GC both perceptions presented constant values and girls who overestimate their weight decrease during intervention. It was noticed in Social attitudes toward appearance scale (SATAQ-3) a significant decrease in GE score. Total score and subscale of information were significantly higher in GE on phase 0, and had significant reduction in phase 2 compared to GC. Caloric intake reduces in significant ways in both groups. There was no difference of protein intake, but a significant minor intake of carbohydrates and a larger of fat were observed in GE. Calcium and iron had a significant reduction and increase,

respectively. Girls considered active and very active increased in GE and diminish in GC. Positive significant results and good acceptance observed in the study shows that strategies like this in schools are very important to prevent ED behaviors.

Key words: eating disorders, prevention, body satisfaction, adolescents, sociocultural influence, food intake.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO

1.1 Perfil epidemiológico.....	01
1.2 Características e critérios de diagnóstico.....	01
1.3 Adolescência e os transtornos alimentares.....	02
1.4 Importância da prevenção.....	05
1.5 Tipos de prevenção.....	06
1.6 Programas de prevenção.....	09
1.7 População de estudo.....	13
1.8 Aspectos a serem abordados no programa.....	15

2. JUSTIFICATIVA..... 17

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19

4. METODOLOGIA

4.1 Programa de prevenção.....	20
4.2 Delineamento do estudo.....	21
4.3 Local de estudo.....	22
4.4 População de estudo.....	22
4.5 Variáveis de estudo.....	23
4.6 Pré-teste.....	28
4.7 Procedimentos estatísticos.....	29
4.8 Aspectos éticos.....	30

5. RESULTADOS

5.1 Programa de prevenção.....	31
5.2 Caracterização geral e do estado nutricional.....	32
5.3 Investigação de comportamentos de risco para transtornos alimentares	34
5.4 Satisfação corporal.....	38
5.5 Influência sociocultural sobre a imagem corporal e comportamentos de transtornos alimentares.....	42

5.6. Consumo alimentar.....	44
5.7. Atividade Física.....	51
5.8. Influência da freqüência no programa nas variáveis de estudo.....	51
5.9. Aceitação do programa.....	55
6. DISCUSSÃO.....	58
7. CONCLUSÕES.....	80
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

9. ANEXOS

Anexo 1 – Programa de prevenção

Anexo 2 – Cartaz de divulgação da pesquisa

Anexo 3 – Questionário demográfico e antropométrico

Anexo 4 – Teste de atitudes alimentares (EAT-26)

Anexo 5 – Escala de silhuetas de STUNKARD

Anexo 6 - Escala das Atitudes Socioculturais voltadas para aparência (SATAQ-3)

Anexo 7- Questionário de freqüência alimentar (QFA)

Anexo 8 – Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

Anexo 9 – Questionário de avaliação do grupo

Anexo 10 – Termo de consentimento

Anexo 11 – Gráficos de variação da escala de STUNKARD

Anexo 12 – Motivação para participar do grupo

Anexo 13 – Cartazes das adolescentes

Anexo 14 – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa

Anexo 15 – Certificado da Fulbright

Anexo 16 – Informações para os membros da banca julgadora

1) INTRODUÇÃO

1.1. Perfil Epidemiológico

Os transtornos alimentares (TA) vêm apresentando elevada prevalência, não só nos países desenvolvidos, como também, nos países de terceiro mundo e, podem ser caracterizados como um problema de saúde pública (RIBEIRO e col., 1998).

A prevalência de anorexia nervosa (AN) em adolescentes é em torno de 0,5 a 1,0% e provavelmente cerca de 1% para bulimia nervosa (BN) nos Estados Unidos. No entanto, vale lembrar que uma proporção substancial de adolescentes dos 6 aos 17 anos apresentam sinais como o hábito de fazer de dieta e insatisfação corporal, considerados comportamentos de risco para desenvolver um TA (FISCHER e BIRCH, 2001; HAY, 2002).

1.2. Características e critérios de diagnóstico dos transtornos alimentares

A AN é caracterizada por uma restrição dietética auto-imposta, com um padrão alimentar “bizarro” e acentuada perda de peso, que está associada a um temor intenso de engordar. A percepção corporal está gravemente perturbada, a pessoa afirma-se gorda, mesmo contra as evidências médicas e os argumentos familiares (ALVARENGA e DUNKER, 2004).

Aliado ao medo intenso de engordar, que não cede com a redução do peso, ocorre outros comportamentos como: a evitação fóbica de alguns tipos de alimentos (geralmente os de maior teor calórico), preocupações obsessivas, atitudes distorcidas e práticas extravagantes em relação à alimentação (ALVARENGA e DUNKER, 2004).

Os critérios diagnósticos para AN são definidos de acordo com a 4ª edição do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV) da “American Psychiatric Association” ou pela 10ª edição da Classificação de

Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 1993) como:

- Recusa em manter o peso corporal, ideal ou acima do peso mínimo para idade e estatura
- Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo estando abaixo do peso ideal
- Perturbação na forma de vivenciar o corpo (distúrbio de imagem corporal)
- Amenorréia em mulheres pós-menarca (ausência de pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos)

Por definição, a BN caracteriza-se por surtos de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos por comportamentos compensatórios de eliminação, por meio de vômitos, uso abusivo de laxantes, diuréticos e atividade física excessiva. Esses acessos incontroláveis de ingestão alimentar podem ocasionar sentimentos de culpa, vergonha e depressão pela falta de controle (CORDÁS, 2004).

O diagnóstico, segundo os critérios estabelecidos pelo DSM-IV e CID-10 é avaliado pela presença de:

- Episódios recorrentes de compulsão alimentar, que podem ser caracterizados por comer, em período de duas horas, grande quantidade de alimentos e pelo sentimento de perda do controle alimentar, durante o episódio;
- Comportamento compensatório para prevenir o ganho de peso, como os vômitos auto-induzidos, o abuso de laxativos, os diuréticos, enemas ou outras drogas, jejum ou exercícios excessivos;
- Frequência da compulsão alimentar e comportamentos compensatórios duas vezes/semana, por pelo menos três meses;
- Preocupação excessiva com a forma corporal e o peso.

1.3. Adolescência e os transtornos alimentares

Pode-se observar uma alta prevalência de TA em adolescentes, principalmente do gênero feminino. Isto se deve a mudanças marcantes na

fisiologia e bioquímica durante a puberdade, com um acúmulo pronunciado de gordura, especialmente nas mulheres. O ganho de gordura no decorrer da adolescência cessa e até se reverte nos homens, enquanto nas mulheres continua a aumentar, chegando a um índice de gordura corporal de 27% aos 16 anos (CASTRO e GOLDENSTEIN,1995).

Em vista destas mudanças, as adolescentes começam a ficar preocupadas com o aumento de peso, e com a forma física, pois são alvos de mensagens que, de acordo com convenções ocidentais contemporâneas de padrão de beleza, ressaltam o atrativo físico ligado à magreza, sendo a gordura considerada feia (FLEITLICH,1997).

A discrepância entre o peso atual (conseqüentemente maior em função das alterações da puberdade) e o ideal promovido pela mídia, à necessidade de adaptação junto à sociedade e uma baixa auto-estima, são fatores que determinam uma insatisfação corporal que pode levar ao início de comportamentos de TA. Assim torna-se comum o uso de dietas para emagrecer, e métodos de controle de peso (vômitos auto-induzidos, laxantes, diuréticos, atividade física excessiva) na tentativa de parecer mais “normal”, e o desejo de ser fisicamente atraente ao gênero oposto (LITTLETON e OLLENDICK, 2003).

Os meios de comunicação são provavelmente os mais poderosos condutores do ideal da magreza, promovendo a imagem de mulheres extremamente magras e, estabelecendo assim padrões corporais impossíveis de serem atingidos pela maioria. Alguns estudos como os de WERTHEIM e col., (1997); FIELD e col., (1999), FERRIANI e col., (2000), BECKER e col., (2002) reforçam a teoria de que a mídia tem uma grande influência sobre os adolescentes, sobre o desejo de emagrecer, podendo aumentar o risco de estes utilizarem métodos compensatórios como vômitos e laxantes para atingir este objetivo.

Sabe-se que os TA, invariavelmente, têm início com uma perda de peso resultante de doença física ou dieta para emagrecer em razão de excesso de peso real ou imaginário. PATTON e col.,(1999) ao avaliar os fatores que predis põem o início de TA em adolescentes, verificaram que as mulheres que faziam dieta restritiva tinham 18 vezes mais chance de desenvolver um TA do que as que não restringiam a dieta.

No entanto, HSU (1997) em sua revisão da literatura nos EUA e Europa observando os pontos da etiologia dos TA, chegou à conclusão que fazer dieta têm relação com o início de um TA se houver uma história familiar de TA, transtorno do humor ou abuso de álcool e drogas e outros fatores como as características de personalidade, a interação patológica da família e a vulnerabilidade biológica.

O comportamento de “fazer dieta” está associado a sintomas mentais e físicos como fadiga, ansiedade, depressão, constipação, amenorréia, raciocínio lento, baixo desempenho na escola e decréscimo do crescimento; e ainda com comportamentos alimentares como pular refeições, comer de forma compulsiva e ter baixo consumo de cálcio e ferro, nutrientes de particular importância na adolescência (NEUMARK-SZTAINER, 1996).

A restrição calórica, com objetivo da perda de peso também está associada com a obsessão pela comida; ansiedade com alimentação; interferência na regulação natural da fome; episódios do comer compulsivo; o hábito de ocultar, esconder e evitar alimentos; e desnutrição, e ainda com alguns sinais agudos como irritabilidade e retração social (KATER e col., 2000).

Podem-se observar em vários estudos, o comportamento de dieta e insatisfação com o peso, características comuns em pacientes com transtornos alimentares.

NEUMARK-SZTAINER e col., (1998), WILLIAMS e CURRIE (2000) BORRESEN e ROSENVINGE (2003) observaram que a grande insatisfação corporal encontrada entre as adolescentes com peso normal e com sobrepeso, pode predispor ao início de um TA.

O'DEA (1996), KROWCHUCK e col. (1998), BORRESEN e ROSENVINGE (2003) encontraram uma grande porcentagem de adolescentes do gênero feminino que estavam fazendo dietas, praticando exercícios, utilizando medicação para emagrecer, provocando vômitos ou usando laxantes para perder peso.

No Brasil, os estudos demonstram tendência semelhante à de países desenvolvidos. FEIJÓ e col. (1997) verificaram no estudo realizado no Sul do país, que muitas adolescentes fazem dietas para emagrecer. VILELA e col. (2004) em um estudo realizado na área rural de Minas Gerais verificaram também o hábito de fazer algum tipo de dieta; a presença de episódios de

compulsão alimentar; exercícios e o uso de métodos purgativos para perder peso, principalmente entre as adolescentes. NOVAES e col. (2004), observaram em outro grupo de 10 a 16 anos, que a maioria das adolescentes com excesso de peso já tinha feito algum tipo de dieta.

Estes comportamentos surgem geralmente em função da insatisfação corporal, e podem ser observados em alguns estudos nacionais.

O estudo de DUNKER e PHILIPPI (2003) com 279 adolescentes do gênero feminino de uma escola privada de São Paulo, verificou que a maioria encontrava-se eutrófica (73,1%). No entanto, entre estas, o desejo de perder peso esteve presente em 68,1% considerando que 43,2% gostaria de pesar de 3 a 9 quilos a menos, e ainda que 5,4% gostaria de perder mais de 9 quilos.

CONTI (2002) encontrou em seu estudo com 147 adolescentes de São Paulo uma insatisfação com o peso corporal em 30,5% das adolescentes. NUNES e col. (2001) verificaram entre as mulheres estudadas de 12 a 29 anos da zona urbana de Porto Alegre, que 46% tinham o ideal de pesar menos, e 37,8% consideravam-se gordas.

1.4. Importância da prevenção

A dificuldade do tratamento da anorexia nervosa é demonstrada por ECKERT e col. (1995) em um estudo de 10 anos com 76 anoréxicas crônicas realizado nos Estados Unidos, o qual verificou que somente 24% se recuperaram totalmente, 64% desenvolveram episódios de compulsão alimentar, e 41% se tornaram bulímicas neste período. A recaída de peso ocorreu em 42% no primeiro ano, e a razão de mortalidade em 10 anos foi de 7%. Concluindo-se que mesmo o mais intensivo e custoso tratamento de internação hospitalar e terapia subsequente, têm resultados desencorajadores.

Em relação ao tratamento da bulimia, BATTLE e BROWNELL (1996) são mais otimistas, pois são altas as razões de melhora e remissão. No entanto o tratamento é caro, e somente uma pequena parcela destes indivíduos tem acesso ao mesmo, e, portanto, o impacto na população dos indivíduos afetados, pode ser baixo.

Há necessidade de estratégias mais efetivas e disseminadas para a modificação destes comportamentos de dieta e insatisfação corpórea, devido a

fatores como a alta prevalência de TA em jovens, suas conseqüências a curto e longo prazo na saúde, a resistência ao tratamento e o custo financeiro e humano (ROSEN e NEUMARK-SZTAINER,1998; NEUMARK-SZTAINER e col., 1998).

A adolescência é uma fase de vulnerabilidade e preocupações em relação à saúde. Alguns comportamentos adotados durante esta fase, como padrão alimentar inadequado e inatividade física, estão associados com a morbidade e mortalidade no adulto. Trata-se de uma fase que oferece oportunidades para prevenção precoce de comportamentos que prejudicam a saúde, que irão influenciar no estabelecimento de comportamentos saudáveis para o resto da vida (STORY e col., 2000).

1.5. Tipos de prevenção

A prevenção na área de TA transforma o conhecimento (teoria e convicções) em políticas sociais multidimensionais e práticas delineadas, e têm como objetivo evitar que crianças e adolescentes desenvolvam problemas de imagem corporal e alimentares (LEVINE e SMOLAK, 2001).

Para que estas informações sejam transmitidas adequadamente à população, faz-se necessário definir o tipo de prevenção a ser utilizada no estudo. A prevenção primária focaliza a redução ou a eliminação dos fatores de risco em indivíduos saudáveis que causam ou contribuem para a ocorrência da doença. Ela pode ser considerada universal quando o enfoque atingir a população de um modo geral, como por exemplo, a mudança de leis que regulam as práticas de propaganda da indústria da dieta (LEVINE e SMOLAK, 2001; AUSTIN,2000; LEVINE e PIRAN,2004)

Por outro lado, a prevenção seletiva, que é também uma forma de prevenção primária, é um tipo de programa que têm foco em pessoas não sintomáticas que são consideradas de risco, por terem por exemplo, baixa auto-estima, ou por viverem em um meio que é competitivo, perfeccionista, e centralizado no peso e forma (LEVINE e SMOLAK,2001).

A prevenção secundária inclui elementos da prevenção seletiva e é chamada de prevenção direcionada. Neste caso, os esforços são voltados para prevenir o desenvolvimento futuro de um quadro clínico completo da doença,

em pessoas que já apresentavam sinais iniciais de TA (ex. uso de vômitos para perda de peso) ou ainda sinais que podem indicar o início da doença (ex. distorção da imagem corporal, preocupação com peso, hábito de pular refeições), ou seja, a intervenção é realizada nos estágios iniciais da doença (LEVINE e SMOLAK, 2001; AUSTIN, 2000; LEVINE e PIRAN, 2004).

E por fim, a prevenção terciária visa reduzir as doenças através da reabilitação das pessoas que já apresentam os sintomas da doença (AUSTIN, 2000; LEVINE e PIRAN, 2004).

Os esforços com a prevenção podem trazer benefícios potenciais para os adolescentes com a doença ainda não diagnosticada. São poucas as descrições de caráter teórico, bem delineadas de prevenção primária, predominando trabalhos de prevenção terciária (ROSEN e NEUMARK-SZTAINER, 1998)

As estratégias de prevenção primária em TA podem ocorrer em vários níveis. O modelo de ROSEN e NEUMARK-SZTAINER (1998) demonstrado na figura 1, abrange desde normas que atingem a sociedade como um todo, até um foco mais individualizado.



Figura 1. Níveis em que a prevenção primária de TA podem ocorrer.

Na base do modelo estão as mudanças nas normas da sociedade, que incluem esforços para modificar a indústria de alimentos e das propagandas, particularmente direcionada às adolescentes, sugerindo que estas sejam mais reflexivas nos vários tipos e tamanhos corporais. Aos poucos este movimento tem tomado espaço, por exemplo, a partir de revistas que explicitamente rejeitam os estereótipos de beleza feminina. Junto a essas medidas é necessária a intervenção do governo nacional, através da criação de legislação contra as propagandas de produtos para controle de peso, assim como pelo incentivo ao aumento de assistência à saúde como o aconselhamento nutricional, psicológico e psiquiátrico.

No terceiro e quarto níveis estão os programas comunitários, onde a integração entre escolas, clínicas, centros comunitários, organizações religiosas, e mídia local são essenciais, pois eles podem reforçar as mensagens dos programas desenvolvidos pelas escolas.

Os últimos níveis referem-se aos programas educacionais em escolas e grupos de risco. Os componentes sugeridos deste modelo são os seguintes: treinamento dos professores e funcionários; intervenções em sala de aula; integração de material educativo no currículo escolar e nas discussões com os alunos; aconselhamento individual para grupos de risco; centros de referências em TA dentro das escolas; criação de ambientes com uma alimentação saudável na escola, como nas cantinas; modificação dos programas de educação física; e atividades externas junto à comunidade e pais (ROSEN e NEUMARK-SZTAINER,1998).

A educação nutricional, em nível de prevenção secundária, está voltada para indivíduos ou populações com indicadores de risco. As pessoas com uma determinada enfermidade poderiam se beneficiar de modificações da conduta e orientações terapêuticas, com a finalidade de impedir a evolução negativa do processo patológico e a volta ao estado normal sem seqüelas (BARTRINA sd).

A prevenção terciária possibilita melhoria da qualidade de vida e na evolução da doença, ou na limitação de suas seqüelas em pessoas com processos crônicos. A prática de comportamentos saudáveis pode ser de grande utilidade para a melhora de seu bem-estar (BARTRINA sd).

1.6. Programas de prevenção

Nos Estados Unidos os programas de prevenção de TA em escolas, e universidades envolvem principalmente a prevenção primária e secundária (MANN e col., 1997). No entanto, ainda não existe um modelo de programa de prevenção adequado, pois muitos apresentam como resultado o aumento de comportamentos e atitudes de TA.

Alguns autores relatam que os interesses econômicos da indústria da beleza, dieta e “fitness”, que encorajam a busca da magreza, podem atrapalhar o estabelecimento de uma prevenção primária (BATTLE e BROWNELL,1996; ROSEN e NEUMARK-SZTAINER,1998).

Tendo em vista o poder da mídia, vários trabalhos utilizam a prevenção secundária. No entanto, esta abordagem enfrenta problemas que incluem o reconhecimento tardio da doença pelos indivíduos, pela família, pelos amigos e pelos profissionais da saúde e ainda o medo do indivíduo em parar com estes comportamentos alimentares inadequados (BATTLE e BROWNELL,1996).

Segundo O´DEA e MALONEY (2000) programas educacionais de escolas e universidades que utilizam depoimentos de pacientes que se recuperaram de TA, onde os mesmos relatam o histórico de fazer dieta, vômitos, uso de laxantes; ou programas que descrevem abertamente o que são os TA, podem introduzir os estudantes em crenças, atitudes e comportamentos precedentes aos TA, tornando estas atividades comuns e normais. Programas que tratam os alimentos de forma negativa, através da referência “bons” e “maus” alimentos, contribuem para o medo do alimento, da gordura da dieta, e ganho de peso, e podem precipitar e agravar os problemas alimentares.

Os programas educacionais também podem criar efeitos negativos se os professores e a equipe transferirem crenças e atitudes negativas em relação ao peso e imagem corporal aos estudantes; como a má aceitação do próprio corpo e formas de discriminação corporal (O´DEA e MALONEY,2000).

CARTER e col. (1997) realizaram uma intervenção, baseada no modelo cognitivo comportamental para BN, em alunas de 13-14 anos de escolas públicas e particulares, que foi posteriormente integrada no currículo regular das escolas. O programa continha vários materiais educacionais sobre a

pressão sociocultural para fazer dieta, padrões de peso ideal; imagem corporal e auto-estima; regulação do peso corpóreo e os efeitos de fazer dieta; o desenvolvimento de TA e suas características; como ajudar os indivíduos com TA; alimentação saudável e resistência à pressão de fazer dieta.

Foram aplicados questionários de auto-preenchimento antes, depois e após 6 meses da intervenção. Verificou-se inicialmente uma melhoria, mas após 6 meses houve uma piora nos conceitos, em termos de comportamentos de peso e dieta. Houve muitos casos de indivíduos que não apresentavam problemas no início, mas que passaram a desenvolvê-los. Os autores concluíram que o programa pode ter exagerado as preocupações com a forma ou peso de alunos vulneráveis, às vezes encorajando-os a fazerem dieta. No entanto, enfatizaram que a falta de um grupo controle, impossibilitou a exclusão da possibilidade de que as mudanças observadas eram secundárias ao processo de desenvolvimento normal (CARTER e col., 1997).

O programa de intervenção de MANN e col. (1997) com universitários dos EUA, utilizou dois palestrantes que se recuperaram de um TA para passar informações e contar suas experiências com a doença. A abordagem utilizada trouxe resultados negativos, pois além de não prevenir o comportamento de TA, os estudantes que participaram da prevenção primária apresentaram mais sintomas de TA do que os que não participaram, sendo que não havia diferença entre os dois grupos antes da intervenção.

Apesar destes efeitos negativos terem desaparecido após alguns meses, um pequeno indício da promoção dos sintomas de TA não é desejável. A intervenção utilizada neste estudo parece ser típica de outros programas utilizados nos Estados Unidos até o final da década de 90 (MANN e col., 1997).

Os autores sugerem que o aumento dos sintomas deve-se a utilização da prevenção secundária, onde os professores acabam dando impressão aos alunos que os TA são pequenas mudanças nos padrões alimentares, que pode acontecer com qualquer um, tornando um comportamento normal. Eles recomendam que a prevenção primária associada com a secundária não é adequada, pois as duas juntas não são eficientes, e podem promover sintomas dos TA (MANN e col., 1997).

Em vista destes estudos, recomenda-se a prevenção primária, pois existem mudanças positivas para todo grupo em termos de normas sociais a

respeito de pesos aceitáveis, métodos de controle de peso, alimentação e exercícios, assim como dá oportunidade de atingir a grande comunidade e defender mudanças nos padrões da mídia. Pode prevenir o início de episódios do comer compulsivo e uso de dietas inadequadas, mas não modifica comportamentos já existentes (NEUMARK-SZTAINER,1996).

De acordo com ROSEN e NEUMARK-SZTAINER (1998), as escolas são as mais indicadas para os programas de prevenção, pois são locais onde há uma grande audiência de risco receptiva, estabelecem um ambiente de aprendizado, e oferecem muitas oportunidades de interação positiva entre os adolescentes.

Segundo LEVINE e SMOLAK (2001), os programas devem ser voltados a prevenção de insatisfação corporal e problemas alimentares, evitando (prevenção primária) e eliminando (prevenção direcionada) uma série de percepções relacionadas ao corpo (Ex. eu me vejo gorda), ou sentimentos (Ex. eu não gosto do meu corpo porque sou gorda) e crenças (ex. é importante para mim ser magra) que leva a comportamentos não saudáveis, ansiedade e isolamento social. Em relação à alimentação, buscam discutir crenças não saudáveis, atitudes, práticas de controle do peso e hábitos alimentares que levam a preocupação com o peso.

De acordo com O´DEA e MALONEY (2000) os programas são mais eficientes quando coordenados e baseados no “Health Promoting Schools Framework” da Organização Mundial da Saúde, pois ele trabalha os vários aspectos relacionados com problemas alimentares e imagem corporal, que devem ser incluídos no currículo escolar, assim como em atividades da comunidade e o ambiente local. A colaboração das escolas, comunidade, pais é essencial para o sucesso da intervenção.

KATER e col., (2000) acreditam que a imagem corporal negativa e padrões alimentares inadequados têm impacto na saúde, auto-estima e confiança interna de adolescentes, características que são relativamente irrecuperáveis depois de estabelecidas, demonstrando a necessidade de uma prevenção primária em uma idade anterior ao início dos problemas.

LEVINE e SMOLAK (2001) sugerem que os esforços de prevenção deve se concentrar nas meninas antes dos 13 anos, pois a fase de transição da infância para adolescência é um período de alto risco, em função do

desenvolvimento de uma insatisfação corporal e o início de práticas de controle do peso que podem levar ao início de um TA. Há uma forte evidência de que neste período os fatores socioculturais, principalmente a mídia, e também a família, a escola e amigos possam predispor a manutenção desta imagem corporal negativa e conseqüentemente o início de um TA.

No estudo de ABRAHAM e O'DEA (2001) com adolescentes australianas de 12 anos, os autores observaram as diferenças entre as que já tiveram a menarca e as que não tiveram. Os autores ressaltam que após a menarca as meninas começam a ter mais noção do significado do termo “fazer dieta”, principalmente entre as que já passaram pelas alterações corporais que ocorrem antes menarca. Portanto, sugerem que as intervenções devem ocorrer nesta fase, e não antes da menarca, pois a introdução destes conceitos pode trazer efeitos negativos a este último grupo.

O programa de KATER e col. (2000) com alunos menores de 12 anos indicou uma melhora significativa em alguns dos comportamentos em relação a peso. Inicialmente 36% dos adolescentes relataram que se sentiam bem sobre o desenvolvimento de seu corpo e após a intervenção 64% responderam positivamente a esta questão.

KATER e col. (2000) propõem que haja um aprendizado precoce da criança de que o indivíduo pode ser obeso, magro ou eutrófico, e que a restringir a alimentação é contraproducente. Desta forma estarão mais sujeitos a pensar criticamente sobre o contexto social atual, selecionar modelos de beleza mais adequados, desenvolver expectativas corporais mais reais, e internalizar a alimentação e a atividade física de forma saudável.

SMOLAK e col. (1998) com o programa intitulado “Eating smart, eating for me”, trabalha com a filosofia de que a intervenção precoce pode trazer benefícios a longo prazo. Os resultados do estudo foram positivos, pois as crianças entenderam a mensagem de que não devem existir alimentos proibidos; de que tanto a puberdade como a genética contribuem para a gordura corporal; que o ato de fazer dieta para perder peso tem mais efeitos negativos do que positivos e as atitudes preconceituosas quanto a pessoas obesas diminuíram.

Os estudos descritos sugerem que o comportamento alimentar durante a adolescência pode ter um impacto notável na saúde em nível imediato e em

longo prazo. No entanto, é um período crítico para as intervenções preventivas, no sentido de aumentar a motivação do indivíduo pela busca de escolhas alimentares adequadas (NEUMARK-SZTAINER e col., 1998; ZIWIAN 1999).

No estudo de STORY e col. (2000) realizado com nutricionistas que trabalham com adolescentes nos Estados Unidos, pode-se observar que as maiores dificuldades em trabalhar com adolescentes são: falta de motivação para modificar comportamentos e dificuldades de comunicação. Concluem que o nutricionista está bem posicionado no sistema de saúde e pode ter papel de liderança em Serviços de Nutrição, programas e políticas que podem vir a interferir na vida dos adolescentes.

Segundo NEUMARK-SZTAINER e col. (2000) os nutricionistas têm papel importante na prevenção de comportamentos de TA por causa de sua formação voltada a atividades junto à comunidade. São profissionais que podem identificar adolescentes nos estágios iniciais dos TA, e, portanto devem desenvolver estratégias adequadas de tratamento. Podem esclarecer mensagens que o público recebe sobre nutrição, e tomar iniciativas junto à mídia quanto à propagação de mensagens positivas sobre alimento e imagem corporal. Por fim, podem ter grande influência nos comportamentos alimentares de adolescentes, por meio do desenvolvimento e atuação em programas de prevenção de comportamentos de TA em escolas e comunidades.

No Brasil não existem programas diretamente voltados à prevenção de comportamentos de TA em adolescentes. No entanto, vários trabalhos nacionais vêm alertando a necessidade de uma abordagem preventiva, devido à freqüência de comportamentos como restrição alimentar e desejo de perder peso, em adolescentes do sexo feminino (RIBEIRO, 1999 ; NUNES e col. 2001; SAMPEI 2001; CONTI 2002; DUNKER e PHILIPPI 2003; VILELA e col. 2004).

1.7. Seleção da população de estudo

A seleção da população para um programa de prevenção pode influenciar na elaboração de seu modelo (NEUMARK-SZTAINER, 1996).

As mulheres são grupo de risco para comportamentos de dieta inadequados ou patológicos, e o subsequente desenvolvimento de um TA, e portanto tendem a ser mais interessadas por temas relacionados a imagem

corporal, alimentação e perda de peso. Por outro lado os homens não estão imunes ao desenvolvimento de TA, uma vez que sua incidência vem aumentando entre eles. Eles podem trazer influência positiva em seus pares femininos, pois permitem uma discussão mais completa sobre as normas sociais. Os meninos, por exemplo, estão menos interessados na magreza do que as meninas pensam. Por outro lado estes podem não estar interessados no assunto até podem atrapalhar as discussões (ROSEN e NEUMARK-SZTAINER, 1998)

FELDMAN e col. (1998) discutem claramente que as normas culturais pela atratividade são adquiridas na infância. STEWART e col. (2001) relatam que o ato de fazer dieta é comum em crianças em fase pré-pubere. STICE e col. (2000) observaram que a imagem corporal e as preocupações com a alimentação começam a aparecer em garotas por volta dos oito anos e se intensificam na puberdade. Portanto, pode se argumentar que a intervenção pode ter um impacto maior quanto mais precoce for a idade.

O ideal seria que todos os grupos pudessem participar da prevenção, no entanto, os primeiros esforços devem ser modestos. Ao se selecionar uma faixa etária deve-se levar em conta o risco, a boa vontade e disponibilidade de recursos. Há um consenso geral de que a prevenção primária deve ser inicialmente direcionada a adolescentes do gênero feminino de 11 a 13 anos de idade em função de ser uma fase onde as mudanças corporais se iniciam, e destas sofrerem uma maior influência da sociedade (ROSEN e NEUMARK-SZTAINER, 1998).

Na literatura observa-se que a maioria dos programas de prevenção existente utiliza uma abordagem universal, envolvendo todos adolescentes. No entanto a prevenção realizada desta forma, apesar de beneficiar adolescentes com comportamentos de TA, pode trazer prejuízos aos adolescentes que não apresentam preocupações neste sentido, através da introdução de conceitos que podem induzir estes comportamentos. Portanto, recomenda-se que os programas desenvolvam técnicas de seleção dos adolescentes com perfil de risco e sejam direcionados somente a este grupo (ABASCAL e col., 2004).

1.8. Aspectos a serem abordados no programa

Em termos metodológicos a demonstração ideal de efeito de prevenção seria um estudo longitudinal onde um grupo experimental deve apresentar após um tempo a manutenção ou diminuição de fatores de risco para TA, comparando-se com um grupo controle (LEVINE e SMOLAK, 2001).

Os aspectos a serem abordados em um estudo de prevenção são definidos baseados nos fatores de risco e nos fatores protetores dos TA. O fator de risco é aquele associado com o aumento da probabilidade de conseqüências adversas, deletérias ou indesejáveis à saúde, enquanto o fator protetor representa um aumento na probabilidade de melhora na saúde (SHISLAK e CRAGO, 2001).

Na revisão da literatura de estudos retrospectivos verificou-se que os fatores de risco que podem contribuir para o início de TA são: grande pressão por parte da família; obesidade na infância; crítica por parte da família quanto ao peso ou hábitos alimentares; auto avaliação negativa (STEWART e col., 2001; SHISLAK e CRAGO, 2001).

Em estudos longitudinais verificou-se os seguintes fatores de risco específicos de TA: preocupação com peso, restrição alimentar, insatisfação corporal, e estar acima do peso; e gerais de doenças psiquiátricas: baixa auto-estima, depressão, pessimismo, e desenvolvimento precoce. É importante que haja um foco nos fatores específicos e gerais tanto no tratamento como na prevenção. Um outro fator a ser considerado é a internalização de conceitos de magreza ideal, que significa a extensão com que o indivíduo cognitivamente aceita as normas da sociedade de padrão de beleza, ao ponto de modificar seu comportamento para se aproximar destes padrões (STEWART e col., 2001; SHISLAK e CRAGO, 2001; THOMPSON e col., 2004).

O estudo de WERTHEIM e col. (1997) verificou em um grupo de 30 adolescentes vários fatores que parecem proteger as meninas de preocupações excessivas relacionadas aos TA. Estes foram: auto-aceitação, aceitação familiar, influência positiva dos amigos (não falar de dieta) e conhecimento sobre os perigos de fazer dieta. Também há evidências de que a prática de esportes pode ser protetor contra os TA.

Em função de a insatisfação corpórea ser um forte fator que predispõe aos TA, NEUMARK-SZTAINER (1996) reforça que esta deve ser enfatizada nos programas de prevenção. Os adolescentes devem melhorar a compreensão do papel dos fatores sócio-culturais na imagem corporal, e devem incluir atividades nas quais examinem de forma crítica as normas sociais.

Os fatores cognitivos como o conhecimento e atitudes a respeito da nutrição e peso influenciam os padrões alimentares como pular refeições e consumo alimentar, assim como os aspectos psicológicos e familiares, como auto-estima e imagem corporal, e, padrões de comunicação e autonomia, também devem ser abordados no programa de prevenção (NEUMARK-SZTAINER, 1996).

Na revisão de STEWART e col. (2001), observou-se que os programas com maior sucesso têm uma tendência a utilizar métodos interativos.

O estudo de NEUMARK-SZTAINER e col. (1999) avaliou as percepções de 141 adolescentes de duas escolas urbanas de Minnessota de 12-19 anos, sobre os fatores que influenciam suas escolhas e comportamentos alimentares, através de grupos focais e análise qualitativa (filmagem e transcrição das fitas). As alunas relataram que os fatores que mais influenciam suas escolhas são: fome e desejo de comer algum alimento, apelo dos alimentos, conveniência e disponibilidade dos alimentos, influência dos pais nos comportamentos alimentares (incluindo a cultura ou religião da família), benefícios dos alimentos, humor, imagem corporal, hábitos, custo, mídia e crenças vegetarianas. Portanto os autores concluem que um programa para melhorar a nutrição do adolescente deve envolver vários fatores, entre eles os ambientais com um aumento da disponibilidade e promoção de alimentos convenientes e atrativos em casa, nas escolas e restaurantes.

JAMES e col. (1997) desenvolveram um vídeo baseado em um grupo focal de estudantes de ensino médio. Os adolescentes demonstraram interesse nos seguintes temas: TA, conseqüências de uma alimentação inadequada, preparo de alimentos saudáveis rápidos, dieta balanceada, nutrição e atividade física, controle de peso, alimentos e meio ambiente, pirâmide de alimentos, crenças e mitos da alimentação, e tabelas de alimentos de composição nutricional.

2. JUSTIFICATIVA

Os vários trabalhos com adolescentes demonstram a preocupação com o peso e a necessidade de fazer dieta devido à insatisfação corpórea por mudanças fisiológicas características desta fase, mas também pela pressão atual da sociedade. A mídia, destacando um peso ideal muitas vezes “irreal”, acaba criando ansiedade e a busca por métodos inadequados de controle de peso, podendo muitas vezes determinar o surgimento de um TA.

A experiência clínica no Ambulatório de Bulimia e Transtornos alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mostra na prática as reais dificuldades do tratamento de TA no Brasil. As pacientes quando chegam ao tratamento, apresentam distorções graves em relação ao peso como: dificuldade de aceitar a eutrofia como um peso saudável; olhar-se no espelho; expor ou tocar o corpo; a crença de que os padrões de beleza criados pela mídia ou modelos são os mais adequados; vínculo do peso ideal à felicidade, entre outros.

Em relação à alimentação, as pacientes apresentam várias aversões alimentares gerando a categoria de alimentos proibidos; números irregulares de refeições; jejuns freqüentes; baixo consumo calórico; episódios do comer compulsivo; uso de métodos compensatórios; dificuldade de aceitação de uma alimentação adequada devido ao medo de engordar; entre outros.

Devido ao aumento da incidência de TA, suas conseqüências físicas e fisiológicas, os custos elevados para tratamento de saúde, o sofrimento dos pacientes e familiares, e especificamente no Brasil, as dificuldades encontradas para o tratamento, em função dos poucos centros especializados públicos, filas enormes para atendimento e a falta de profissionais com experiência e treinamento em TA, é essencial que se pense em prevenção primária.

O grupo de Nutrição do AMBULIM em termos de tratamento nutricional se aproxima do nível de prevenção terciária, pois atinge os pacientes que já apresentam a doença. Não existem estudos de prevenção primária ou secundária no país.

Em vista de todos os fatores discutidos o presente trabalho busca desenvolver e avaliar um programa de prevenção primária de TA em adolescentes.

3. OBJETIVOS

3.1) Objetivo Geral:

Desenvolver e avaliar um programa de prevenção de comportamentos de risco para TA para adolescentes.

3.2) Objetivos Específicos:

- Avaliar o estado nutricional e atividade física durante a intervenção.
- Avaliar a presença de comportamentos de risco para TA, influência sociocultural sobre a imagem corporal, satisfação corporal e possíveis alterações durante a intervenção.

4) METODOLOGIA:

4.1) Programa de Prevenção de Comportamentos de risco para TA

Uma bolsa de Doutorado da CAPES e Fulbright, no período de 09/2003 a 01/2004, junto ao Departamento de Ciências Nutricionais e Toxicológicas da Universidade da Califórnia – Berkeley, sob a coordenação de especialistas em educação nutricional e transtornos alimentares possibilitou contatos e conhecimentos que foram essenciais para o desenvolvimento do projeto. Após extensa revisão sobre os programas de prevenção realizados nos Estados Unidos e conhecimento dos materiais educacionais existentes, delineou-se um programa a ser aplicado em adolescentes brasileiras.

O programa desenvolvido teve como principais objetivos em relação aos adolescentes:

- * Desenvolver o pensamento crítico sobre as normas sócio culturais e padrões de beleza
- * Reduzir a insatisfação corpórea
- * Ensinar sobre os fatores que interferem no desenvolvimento normal do corpo
- * Reforçar a importância da alimentação saudável, desencorajando a restrição alimentar
- * Ensinar os conceitos básicos de saúde e nutrição
- * Aprender a selecionar adequadamente e ter prazer nos alimentos
- * Reforçar a prática de atividade física

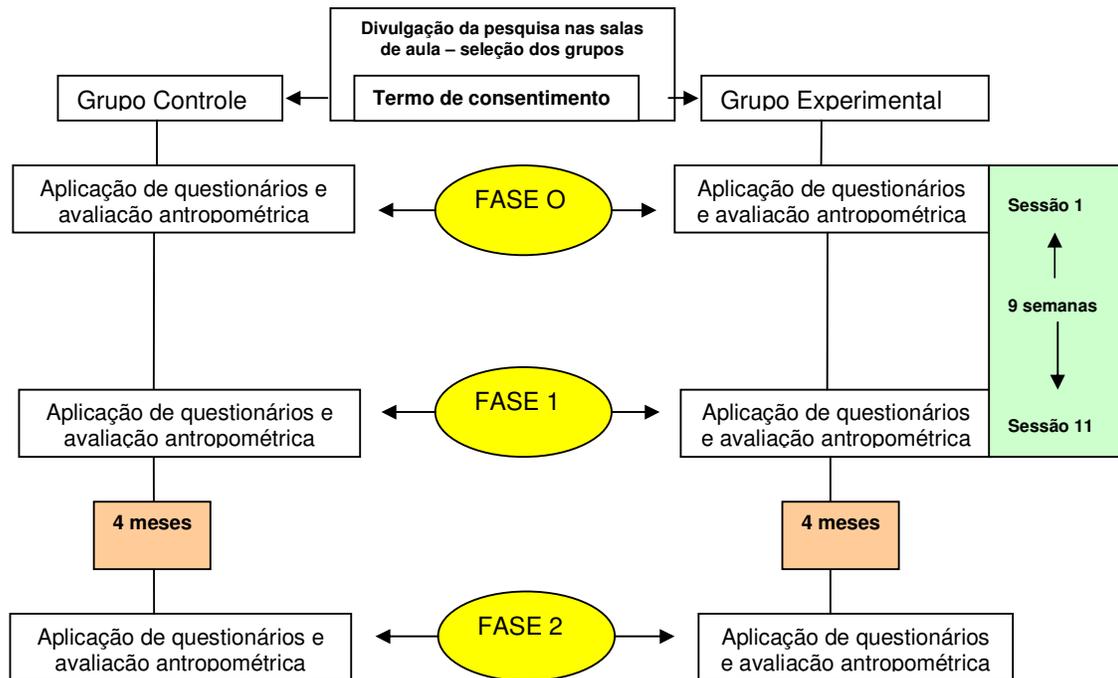
Para atingir os objetivos, as sessões foram planejadas com dinâmicas de grupos. A condução do grupo foi feita pela metodologia de “Empowerment-Relational”.

O modelo recomenda a presença de um adulto que encoraje a dinâmica, facilite o diálogo e seja um modelo positivo como profissional e pessoa. Este adulto especialista serve de fonte de conhecimento sobre imagem corporal, TA e saúde (LEVINE e SMOLAK,2001).

O modelo envolve a criação de oportunidades para que haja troca de experiências entre as adolescentes, quanto às preocupações sobre corpo que geralmente são silenciadas por condições sociais. Isto ajuda as adolescentes a transformarem um senso pessoal de insegurança, angustia e vergonha em um senso comum de injustiça e por esse meio levar a planos construtivos de ação. Estas ações, frequentemente servem ao mesmo tempo para transformar os contextos (ex. alterar ambientes não saudáveis e construir um senso positivo de comunidade) e transformar elas mesmas (ex. aumentar suas habilidades para estabelecer em si mesmas outras qualidades, que não estejam relacionadas à aparência) (LEVINE e SMOLAK, 2001).

4.2) Delineamento do estudo:

Para avaliar os efeitos do programa, delineou-se o seguinte modelo de estudo tipo caso-controle.



4.3) Local de estudo:

O estudo foi realizado em duas escolas privadas localizadas na região sul do município de São Paulo nos bairros de Moema e Vila Nova Conceição, em alunas de ensino fundamental de 6^a à 8^a série.

As escolas foram identificadas no Guia de escolas de 2005 de São Paulo. Foi encaminhada correspondência eletrônica com a proposta do estudo para quinze escolas. Das que receberam o convite apenas duas (13,3%) concordaram em participar do estudo.

A delimitação das escolas foi baseada na localização das mesmas, para que a população de estudo tivesse um mesmo perfil sócio-econômico, mas ao mesmo tempo fossem distantes uma da outra, para que não houvesse a transmissão de informações entre os grupos.

4.4) População de estudo:

A pesquisa foi realizada com adolescentes que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- apresentar interesse voluntário em participar da pesquisa
- ser do gênero feminino
- ter entre 12 e 14 anos completos
- ter permissão dos pais para participar do estudo
- identificar-se com as questões propostas pelo programa

A seleção dos adolescentes foi feita por meio de cartazes afixados nos murais das escolas (Anexo 2), e divulgação em sala de aula pela pesquisadora, onde foi enfatizado o objetivo da pesquisa, assim como a importância da participação durante toda a intervenção.

4.5) Variáveis do estudo:

4.5.1) Dados antropométricos:

Foram verificados o peso e a estatura por meio de balança digital e fita métrica inelástica afixada à parede na escola experimental em função da escola não possuir o equipamento necessário. Na escola controle foi utilizada uma balança com estadiômetro da marca Toledo. A partir dos dados foram calculados o Índice de Massa Corporal (IMC), por meio da seguinte equação: $(\text{peso [kg]})/([\text{estatura (m)}]^2)$ (Anexo 3).

A classificação do estado nutricional foi feita por meio do padrão da World Health Organization (WHO,1995) que considera IMC normal entre o percentil 5 e 85, baixo peso no percentil menor que 5, sobrepeso/obesidade maior que 85. No quadro 1 apresentam-se o valores de IMC para adolescentes que foram baseados nos dados de referência de MUST e col. (1991).

Quadro 1 - Percentis do índice de massa corporal para adolescentes do gênero feminino segundo idade (em anos).

	5th	15th	50th	85th	95th
12 anos	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95
13 anos	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14 anos	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97

4.5.2) Investigação de comportamentos de risco para transtornos alimentares

A identificação dos indivíduos com comportamentos de risco foi feita a partir de um questionário validado por GARNER e col. (1982) em anoréxicas: o “Teste de Atitudes Alimentares” (EAT-26) (Anexo 4). A versão utilizada foi traduzida e validada em adolescentes do sexo feminino de 12 a 18 anos, e teve confiabilidade e validade estatisticamente satisfatória (BIGHETTI,2003).

O cálculo do escore foi feito por meio de uma escala para cada questão com a seguinte pontuação: sempre = 3 pontos; muito freqüente = 2 pontos; freqüente = 1 ponto; às vezes/raramente/nunca = zero. Na questão 25, pontua-se no sentido contrário, respectivamente, às vezes = 1, raramente = 2 e nunca = 3.

O teste EAT-26 é subdividido em três subescalas: comportamento de dieta (medo de alimentos que engordam, e a preocupação em estar magra); bulimia (presença de bulimia e preocupação com alimentação); e controle oral (controle pessoal e social dos comportamentos alimentares). Considerou-se adolescentes com risco as que tiveram um escore total no EAT-26 maior ou igual a 20.

Além do escore total, avaliou-se também a subescala de comportamento de dieta, onde se pontua somente as seguintes questões: 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25. O soma final foi utilizada para avaliar se houve mudanças entre as fases da pesquisa, quanto a estes comportamentos.

O teste por ser auto-explicativo, não necessitou de orientação para preenchimento. Em nenhum momento foi mencionado que se tratava de um questionário de identificação de comportamentos de risco para TA, para que se pudesse ter respostas confiáveis, uma vez que o conhecimento do objetivo do teste poderia ocultar possíveis alunas com os sintomas da doença.

4.5.3) Satisfação corporal

A escala de silhuetas desenvolvida por STUNKARD (2000) foi utilizada para avaliar a satisfação corporal. Ela consiste de nove figuras femininas numeradas de forma seqüencial com variação de muito magra a muito obesa (Anexo 5). As adolescentes marcaram a figura que mais as representava atualmente (ATUAL), que consideravam uma imagem de corpo saudável (SAUDÁVEL) e aquela que ela gostaria de ser (DESEJÁVEL), nas três fases.

Para avaliar a satisfação corporal três parâmetros foram calculados:

- Escore atual (EA) = escore da percepção do peso atual
- Escore de discrepância desejável (EDD) = diferença do atual e desejável
- Escore de discrepância saudável (EDS) = diferença do atual e saudável

O EA avalia a percepção corporal e apresenta alta correlação com o IMC (STUNKARD,2000). O EDD e EDS medem a insatisfação corporal. A diferença é que o EDD avalia o que a pessoa gostaria de ser, baseada em suas

emoções, enquanto o EDS é mais realista, racional (THOMPSON e DOLCE, 1989).

Os números das silhuetas foram definidos para adolescentes em valores de percentis de IMC e idade de acordo com o estudo de MUST e col. (2002) (Quadro 2).

Quadro 2 – IMC segundo idade e número da escala de silhuetas.

	12 anos	13 anos	14 anos
2 = P15	16,0	16,4	16,8
3 = P32,5	17,2	17,7	18,1
4 = P50	18,4	19,0	19,3
5 = P85	22,2	23,1	23,9
6 = P95	26,0	27,1	28,0

4.5.4) *Influência sociocultural sobre a imagem corporal e comportamentos de transtornos alimentares*

A Escala das Atitudes Socioculturais voltadas para aparência (SATAQ-3) (THOMPSON e col., 2004) foi utilizada para avaliar a forma como a mídia pode atuar na internalização pela magreza, assim como a influência das informações transmitidas pela mídia e a pressão que ela exerce sobre corpo, forma e aparência.

O SATAQ-3 é um questionário que apresenta uma validade convergente com questionários que medem imagem corporal e TA, e os escores são mais altos em indivíduos com TA e de risco para TA (THOMPSON e col., 2004).

Com autorização, prévia, do autor do questionário realizou-se a sua tradução e retro-tradução. Durante o pré-teste os questionários foram aplicados, e tiveram uma boa compreensão pelas adolescentes.

O questionário consiste de 30 questões, divididas em quatro subescalas (Anexo 6):

* Internalização Geral (IG) = comportamentos relacionados às imagens de pessoas retratadas na TV, revistas, cinema, clips musicais.

* Internalização Atlética (IA) = comportamentos relacionados às imagens de pessoas atléticas, em boa forma relatadas nas revistas e TV

* Pressão (P) = pressão que a mídia exerce sobre o desejo de perder peso, ser

mais bonita, magra, ter um corpo perfeito, fazer dieta e exercício, mudar a aparência.

* Informação (I) = informações que a mídia passa sobre moda e como ser atraente

O cálculo se faz por meio de uma escala social com a seguinte pontuação abaixo:

Concordo fortemente = 5 pontos

Concordo = 4 pontos

Sou neutra = 3 pontos

Discordo = 2 pontos

Discordo fortemente = 1 ponto

A análise dos resultados das subescalas e da soma total indica o grau em que a mídia pode influenciar o indivíduo em sua imagem corporal, assim como pode indicar comportamentos de risco para TA. No presente estudo o resultado foi utilizado como forma de avaliar o efeito da intervenção.

4.5.5) *Freqüência alimentar*

Para avaliar o consumo alimentar, foi utilizado o questionário de freqüência alimentar (QFA) desenvolvido por VILLAR (2001) e validado em adolescentes de ambos os gêneros de uma escola pública de São Paulo. O questionário contém 76 itens alimentares, agrupados segundo o perfil de cada alimento (Anexo 7).

A análise do consumo foi feita através do programa Virtual Nutri (PHILIPPI e col., 1996) para análise de inquéritos alimentares.

Os dados foram tabulados de forma quantitativa de acordo com a metodologia de VILLAR (2001) onde se considerou os seguintes valores em relação às porções de alimentos para se estimar o consumo calórico, de macronutrientes e micronutrientes diários:

<p>Nunca e Menos de 1 vez por mês: porção (g) x 0</p> <p>1 a 3 vezes por mês: porção (g) x 0,07</p> <p>1 vez por semana: porção (g) x 0,14</p> <p>2 a 4 vezes por semana: porção (g) x 0,43</p> <p>1 vez por dia: porção (g) x 1,0</p> <p>2 vezes por dia: porção (g) x 2,0</p>

Em relação ao atendimento das necessidades energéticas, estimou-se o Gasto Energético Individual (GEI) de acordo com a equação recomendada pelo DRI (Dietary Reference Intake) estabelecidos pela Food and Nutrition Board, (Institute of Medicine, 2002) para adolescentes que considera em sua fórmula a idade, peso, estatura e nível de atividade física (NAF). O GEI foi comparado com o total de energia consumido, e considerou-se adequado aquelas que atingiam 100% ou mais das necessidades energéticas.

$$\text{GEI} = 135,3 - [30,8 \times \text{idade (anos)}] + \text{NAF} \times [10,0 \times \text{Peso (kg)} + 934 \times \text{estatura (m)}] + 25$$

Em relação ao consumo dos macronutrientes, as porcentagens de carboidratos, proteínas, lipídios totais foram comparados com o recomendado pela World Health Organization (WHO, 2003), que indica um consumo de 15 a 30% de lipídios, de 55 a 75% carboidratos, e de proteínas variando de 10 a 15% do valor calórico total.

A quantidade consumida de cálcio e ferro foi avaliada de acordo com as recomendações do DRI (Dietary Reference Intake) estabelecidos pela Food and Nutrition Board (Institute of Medicine, 2002). Estabeleceu-se como adequado um consumo igual ou maior que 1300 mg de cálcio para os dois grupos e de 8 mg e 15 mg respectivamente para adolescentes de 12 a 13 anos, e 14 anos.

4.5.6) *Atividade Física*

A determinação da atividade física foi feita através da versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) já validada em indivíduos brasileiros maiores de 12 anos (MATSUDO e col., 2001). O questionário avalia

a atividade física em cinco níveis: muito ativo, ativo, irregularmente ativo A, irregularmente ativo B e sedentário (Anexo 8).

Baseado nesta classificação utilizou-se o seguinte NAF para estimativa do gasto energético da população de estudo:

Sedentário = 1,0

Pouco ativo (irregularmente ativo A e B) = 1,16

Ativo = 1,31

Muito ativo = 1,56

4.5.7) Aceitação do programa

No último dia do programa foi aplicado um questionário para avaliar a aceitação do programa por parte do grupo experimental (Anexo 9). As adolescentes foram questionadas quanto à: opinião em relação às sessões, justificar se não gostou de alguma sessão, se mudou alguma coisa na rotina diária em relação aos assuntos abordados, se o programa atendeu as expectativas, se gostaria que as atividades fossem incorporadas na escola, e se elas tinham alguma sugestão para melhorar o grupo.

4.6) Pré-teste

O pré-teste foi realizado no mês de agosto de 2004, em uma escola de ensino fundamental privada, localizada na região sul do Município de São Paulo.

A pesquisa foi realizada com 38 alunas com idades entre 12 a 14 anos ($12,7 \pm 0,7$), durante a aula de educação física. As alunas preencheram os questionários, e foram orientadas a colocar observações quanto a compreensão dos mesmos.

Para avaliar a validade concorrente da escala de silhuetas, foi determinada a correlação entre o IMC e os três escores da escala. A escala foi aplicada duas vezes com um mês de intervalo e verificou-se uma correlação

entre o IMC e os escores, 0.57 para EA, 0.44 para EDS ($p < 0.05$) e 0.29 para EDD ($p = 0.07$).

O coeficiente de correlação de Spearman do teste-reteste foram 0.86 para EA, 0.74 para EDS e 0.65 para EDD ($p < 0.0001$). Não houve diferença entre as médias de escore nas duas aplicações ($p > 0,05$).

Os resultados indicam que a percepção do tamanho corporal teve correlação com o IMC. Portanto pode-se considerar este instrumento uma medida valida e confiável para avaliar a imagem corporal de adolescentes do gênero feminino.

4.7) Análise dos dados:

Para a análise dos dados, realizou-se uma análise descritiva ao longo do tempo por meio da média, desvio padrão, mediana, valor máximo e mínimo para descrever a variabilidade da distribuição do peso, estatura, IMC, escore do EAT-26, subescala de dieta do EAT-26, EA, EDD, EDS da escala de Stunkard, escore do SATAQ, consumo de energia, macronutrientes e micronutrientes.

Em relação aos valores encontrados de energia, macronutrientes e micronutrientes, observou-se o perfil dos grupos ao longo do tempo quanto ao atendimento das recomendações nutricionais.

Verificou-se a correlação das variáveis com a frequência das adolescentes nas sessões do grupo experimental por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson. Com exceção da escala de silhuetas e da atividade física onde somente foi estudado o comportamento das variáveis da escala durante o programa.

Os boxplots e o perfil de médias destas variáveis mencionadas acima foram avaliados. Com a finalidade de verificar a influência da frequência nas sessões desenvolvidas pela pesquisadora em algumas variáveis, foram construídos diagramas de dispersão (BUSSAB e MORETTIN, 2003).

Com exceção da idade, na qual foi utilizado um teste t-Student para amostras independentes, nos demais casos, as variáveis foram comparadas utilizando-se um modelo de análise de variância com medidas repetidas com

dois fatores: grupo e fase (fator de repetição) (WINER,1971; BUSSAB e MORETTIN, 2003).

As informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados (Excel versão 7.0 *for Windows*) e a análise estatística foi realizada por um software estatístico (*Statistical Package for Social Science* - SPSS versão 10.0 *for Windows*).

4.8) Aspectos éticos:

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP, em reunião realizada em 23.06.03, e está de acordo com os requisitos da resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/196/96 (Anexo 14).

Estabeleceu-se em um primeiro momento o contato pessoal com a diretoria da Instituição que autorizou o presente estudo com as alunas. Antes de iniciar a pesquisa, foram enviadas cartas aos pais, com pedido de autorização para participar do estudo (Anexo 10).

5) RESULTADOS

5.1) Programa de Prevenção

O programa SE LIGA na NUTRIÇÃO foi criado após extensa revisão bibliográfica e de materiais educativos. Ele apresentou 11 sessões com duração de uma hora cada, que foram realizadas uma vez por semana.

Para cada sessão foram definidos os objetivos cognitivos, afetivos e comportamentais baseados nos temas relacionados aos comportamentos de risco de TA. No quadro 3 observa-se os temas principais discutidos nas sessões e no anexo 1 apresenta-se a descrição de cada dinâmica. Ao final de cada sessão foram realizadas por uma psicóloga atividades voltadas ao conhecimento da dança e da percepção do corpo.

Quadro 3 – Descrição dos temas discutidos no programa SE LIGA na NUTRIÇÃO.

Sessão	Tema
1	Coleta de pré-dados e interação com o grupo
2	Normas sócio-culturais e padrões de beleza (estereótipos da mídia)
3	Normas sócio-culturais e padrões de beleza (pressão pela magreza)
4	Desenvolvendo uma auto-imagem positiva e auto-estima
5	Desenvolvendo uma auto-imagem positiva e auto-estima
6	Fatores que interferem no crescimento (hereditariedade e tamanho corporal)
7	Dietas da moda
8	Hábitos alimentares
9	Alimentação e crescimento
10	Aprendendo a selecionar os alimentos
11	Finalização do grupo

5.2) Caracterização geral e do estado nutricional da população

Inicialmente o grupo experimental constitui-se de 16 adolescentes. Durante o estudo, em função de uma grande irregularidade de presença, o não preenchimento dos questionários em todas as fases ou desistência do programa, o grupo de análise constituiu-se de 13 meninas, que preencheram todos os questionários nas fases 0 e 1. Na fase 2, 9 meninas devolveram os questionários preenchidos adequadamente, 3 não compareceram no dia da coleta, e uma não devolveu os questionários.

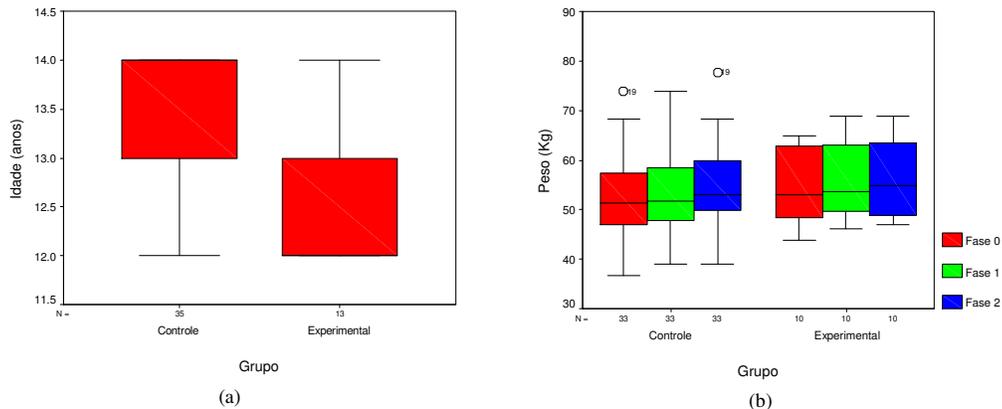
No grupo controle o número de alunas que participaram da pesquisa nas três fases foi de 33 a 35 adolescentes, variabilidade encontrada em função de preenchimento inadequado, ou a ausência no dia da coleta.

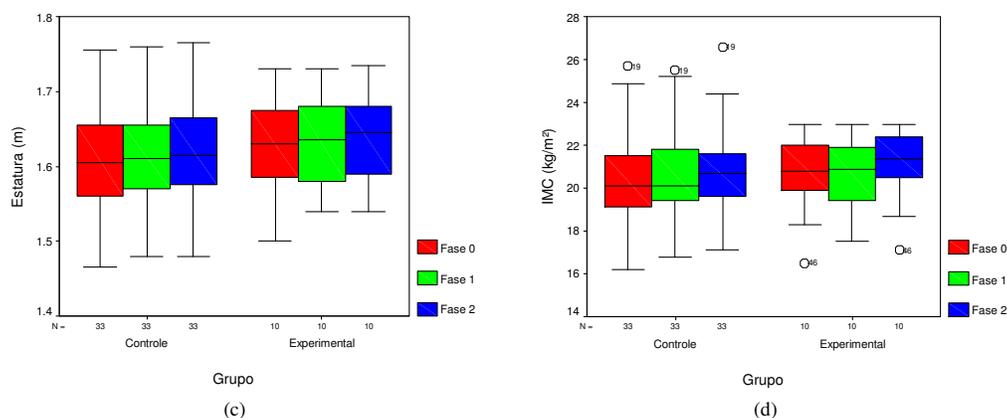
Na Tabela 1 e figura 2, verifica-se indícios de que as adolescentes do grupo controle são, em média, um ano mais velhas do que as do grupo experimental. Quanto ao peso, estatura e IMC, em geral, observa-se que os valores médios e medianos do grupo experimental são superiores aos do grupo controle. Porém, os valores médios não devem ser diferentes ao se considerar a variabilidade da população estudada. Dentro de cada grupo, também se nota um aumento desses valores à medida que se muda de fase. Pela figura 2 ainda se pode notar que algumas apresentam alguns valores atípicos de peso (b) e IMC (d). Por exemplo, uma adolescente do grupo experimental com baixo IMC destaca-se em relação às demais nas fases 0 e 2.

Tabela 1 - Distribuição da idade (anos), do peso (kg), estatura (m) e IMC (kg/m²) da população estudada (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo), segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.

Variáveis	Grupos	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	
Idade	Controle	35	13,5	14	0,6	12	14	
	Experimental	13	12,5	12	0,8	12	14	
Peso	Controle	Fase 0	33	52,9	51,4	8,1	36,6	73,8
		Fase 1	33	53,7	51,8	8,1	38,9	73,8
		Fase 2	33	54,8	53,0	8,3	38,9	77,8
	Experimental	Fase 0	10	54,5	53,0	7,7	43,9	65,0
		Fase 1	10	55,4	53,6	7,6	46,0	68,8
		Fase 2	10	56,4	54,9	7,7	47,0	68,8
Estatura	Controle	Fase 0	33	1,61	1,61	0,07	1,47	1,76
		Fase 1	33	1,61	1,61	0,07	1,48	1,76
		Fase 2	33	1,62	1,62	0,07	1,48	1,77
	Experimental	Fase 0	10	1,63	1,63	0,07	1,50	1,73
		Fase 1	10	1,64	1,64	0,07	1,54	1,73
		Fase 2	10	1,64	1,65	0,07	1,54	1,74
IMC	Controle	Fase 0	33	20,4	20,1	2,1	16,2	25,7
		Fase 1	33	20,5	20,1	2,1	16,8	25,5
		Fase 2	33	20,8	20,7	2,0	17,1	26,6
	Experimental	Fase 0	10	20,5	20,8	1,9	16,5	23,0
		Fase 1	10	20,6	20,9	1,7	17,5	23,0
		Fase 2	10	21,0	21,4	1,9	17,1	23,0

Figura 2. Box-plots da variável idade, peso, estatura e IMC segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.





O grupo controle apresentou idade média estatisticamente maior em um ano que o grupo experimental ($p=0,00$). Apesar disto, esta variável não foi considerada na análise posterior, pois não foram encontradas associações importantes com as demais variáveis estudadas.

No caso das variáveis antropométricas, observa-se que houve associação estatisticamente significativa de peso com a fase, porém não foram encontradas diferenças entre os grupos (Tabelas 2 e 3). Em todos os casos ocorreu aumento. Entretanto, o aumento da estatura não teve influência nas outras variáveis do estudo.

Tabela 2 - Comparações múltiplas com correção de Bonferroni do peso segundo a fase do programa (ANOVA). São Paulo, 2005.

Fases		Diferença média I-J	Erro-padrão	P	Intervalo de confiança (95%)	
I	J				Limite inferior	Limite superior
0	1	-0,88	0,25	0,00	-1,50	-0,25
0	2	-1,96	0,46	0,00	-3,11	-0,81
1	2	-1,08	0,39	0,02	-2,05	-0,11

Tabela 3 - Comparações múltiplas com correção de Bonferroni da estatura segundo a fase do programa (ANOVA). São Paulo, 2005.

Fases		Diferença média I-J	Erro-padrão	P	Intervalo de confiança (95%)	
I	J				Limite inferior	Limite superior
0	1	-0,008	0,001	0,000	-0,011	-0,004
0	2	-0,013	0,002	0,000	-0,017	-0,008
1	2	-0,005	0,001	0,002	-0,008	-0,002

De acordo com a distribuição marginal do estado nutricional (Tabela 4), observa-se que nos dois grupos a maioria permaneceu eutrófica durante as fases, e que no grupo experimental, ocorreu um aumento de sobrepeso/obesidade ao final do programa.

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo estado nutricional e fase do programa. São Paulo, 2005.

Estado Nutricional	Grupo					
	Controle			Experimental		
	Fase0	Fase1	Fase2	Fase0	Fase1	Fase2
Eutrofia	29 (87,9)	30 (90,9)	29 (87,9)	9 (88,9)	8 (80)	7 (70)
Sobrepeso/ Obesidade	4 (12,1)	3 (9,1)	4 (12,1)	1 (11,1)	2 (20)	3 (30)
Total	33	33	33	10	10	10

5.3. Investigação de comportamentos de risco para transtornos alimentares

As diferenças de escore do EAT-26 na fase inicial do estudo não foram estatisticamente significantes ($p=0,202$), que determina a homogeneidade entre os grupos em relação aos comportamentos de risco (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo escore do EAT-26 na fase 0. São Paulo, 2005.

Grupos	EAT Fase 0				Total	
	<20		>=20		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Controle	18	(51)	17	(49)	35	(100)
Experimental	4	(31)	9	(69)	13	(100)
Total	22	(46)	26	(54)	48	(100)

Teste de qui-quadrado - $P=0,202$

Observou-se uma diminuição de meninas do grupo experimental com escore maior que 20 da fase 0 para fase 1 (38,2%), no entanto houve um aumento na fase 2 (Tabela 6). No grupo controle também se verificou a mesma tendência.

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo escore do EAT-26 e fase 0. São Paulo, 2005.

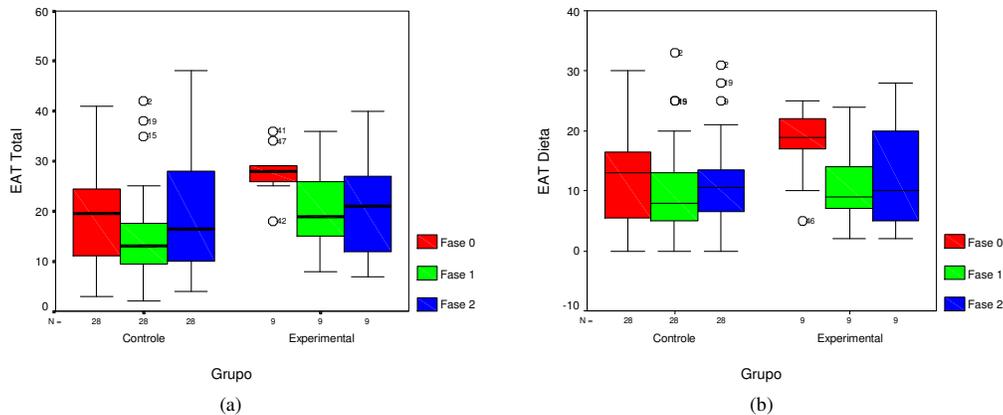
Fases	Experimental						Controle					
	0		1		2		0		1		2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT > 20	9	69	4	30,8	5	55,6	17	49	8	22,9	10	34,5
EAT < 20	4	31	9	69,2	4	44,4	18	51	27	77,1	19	65,5
Total	13	100,0	13	100,0	9	100,0	37	100,0	35	100,0	29	100,0

Os valores médios e medianos da escala EAT Total e da sub-escala de dieta do EAT do grupo experimental apresentaram-se superiores aos do grupo controle na fase 0 (Tabela 7 e figura 2). Ao se analisar cada grupo, notou-se que tanto em termos de mediana quanto em média, os valores apresentaram-se mais altos na fase 0, decresceram na fase 1 e sofreram um aumento na fase 2. No grupo experimental observou-se uma diminuição em média de 7,6 pontos no EAT total da fase 0 para 1 e 2, enquanto no grupo controle a diferença foi em média 4,3 da fase 0 para 1 e houve um retorno aos valores iniciais na fase 2.

Tabela 7 - Distribuição o EAT total e EAT dieta da população estudada (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo), segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.

Variáveis	Grupos	Fases	n	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
EAT total	Controle	0	28	19,6	19,5	10,4	3,0	41,0
		1	28	15,3	13,0	10,2	2,0	42,0
		2	28	18,8	16,5	11,3	4,0	48,0
	Experimental	0	9	27,9	28,0	5,2	18,0	36,0
		1	9	20,3	19,0	8,8	8,0	36,0
		2	9	20,4	21,0	10,4	7,0	40,0
EAT dieta	Controle	0	28	12,4	13,0	8,1	0,0	30,0
		1	28	10,1	8,0	7,9	0,0	33,0
		2	28	11,4	10,5	7,6	0,0	31,0
	Experimental	0	9	17,9	19,0	6,6	5,0	25,0
		1	9	11,2	9,0	7,1	2,0	24,0
		2	9	12,9	10,0	9,3	2,0	28,0

Figura 3. Box-plots da variável EAT total e EAT dieta segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.



Tanto para EAT total ($p=0,001$) como para EAT dieta ($p=0,001$), houve associação com a fase, mas não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Em ambos ocorreu uma diminuição em média da fase 0 para a fase 1 e depois houve uma estabilização (Tabela 8 e 9).

Tabela 8 - Comparações múltiplas com correção de Bonferroni do escore do EAT total segundo a fase do programa. São Paulo, 2005.

Fases		Diferença média (I-J)	Erro-padrão	P	Intervalo de confiança (95%)	
I	J				Limite inferior	Limite superior
0	1	5,96	1,57	0,00	2,00	9,92
0	2	4,13	1,74	0,07	-0,25	8,51
1	2	-1,82	1,51	0,71	-5,63	1,98

Tabela 9 - Comparações múltiplas com correção de Bonferroni do escore da subescala de dieta do EAT segundo a fase do programa. São Paulo, 2005.

Fases		Diferença média (I-J)	Erro-padrão	p	Intervalo de confiança (95%)	
I	J				Limite inferior	Limite superior
0	1	4,46	1,04	0,00	1,83	7,08
0	2	3,00	1,17	0,05	0,05	5,95
1	2	-1,46	1,22	0,72	-4,53	1,61

5.4. Satisfação Corporal

Na tabela 10, podem ser observadas as medidas de variabilidade da percepção corporal das alunas, onde se observou que o grupo experimental teve uma diminuição de mediana na percepção do atual da fase 0 para 1, mas que retornou ao inicial na fase 2. Enquanto no grupo controle a percepção manteve-se igual ao longo da pesquisa. A mediana do escore desejável aumentou da fase 0 para fase 1 e se manteve na fase 2 no grupo controle, enquanto no grupo experimental ocorreu o inverso, uma diminuição na mediana da silhueta. Por fim a percepção de saudável, manteve-se no grupo controle ao longo da pesquisa, enquanto no grupo experimental verificou-se um aumento na mediana de 1 ponto no escore da fase 0 para 1 e que permaneceu ao final da pesquisa.

Tabela 10 - Distribuição do escore atual, desejável e saudável da população estudada (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo), segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.

Variáveis	Grupos	Fases	n	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Atual	Controle	0	35	3,7	4,0	0,9	2	5
		1	34	3,7	4,0	1,0	2	5
		2	35	3,7	4,0	0,7	2	6
	Experimental	0	13	3,7	4,0	1,2	1	5
		1	13	3,3	3,0	0,9	1	5
		2	9	3,9	4,0	0,6	3	5
Desejável	Controle	0	35	2,6	2,0	0,7	2	4
		1	34	2,8	3,0	0,7	2	4
		2	35	2,8	3,0	0,6	2	4
	Experimental	0	13	2,7	3,0	0,8	2	4
		1	13	2,6	2,0	0,7	2	4
		2	9	2,6	2,0	0,7	2	4
Saudável	Controle	0	35	3,0	3,0	0,7	2	4
		1	34	3,0	3,0	0,6	2	4
		2	35	3,0	3,0	0,7	2	5
	Experimental	0	13	2,0	2,0	0,7	2	4
		1	13	3,0	3,0	0,7	2	4
		2	9	3,0	3,0	0	3	3

Verificou-se a distribuição marginal dos escores atual, desejável e saudável (Tabelas 11, 12 e 13). No grupo experimental observou-se que durante a pesquisa a percepção atual que inicialmente se concentrava no escore 4 e 5 (69%), passou a ser maior na fase 1 no escore 3 (54%) e 4 (31%). No entanto na fase 2 voltou a se concentrar no escore 4 (67%). No grupo controle a maioria das alunas encontravam-se nos escores 3 e 4 na fase 0 (61%), fase 1 (64%) e fase 2 (88%),

Em relação ao peso desejável, observou-se que a maioria das alunas dos dois grupos ao longo do estudo desejavam estar no escore 2 e 3.

As maioria das alunas do grupo experimental considerou um escore 3 como saudável ao final da fase 1(53,8%) e todas na fase 2 (100%). No grupo controle a maior concentração foi no escore 3 e 4, 88,2% na fase 1 e 82,9% na fase 2.

Tabela 11- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase do programa e número da silhueta escolhida como atual na escala de STUNKARD. São Paulo, 2005.

Atual	Grupo											
	Controle						Experimental					
	Fase0		Fase1		Fase2		Fase0		Fase1		Fase2	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1							1	(8)	1	(8)		
2	3	(9)	4	(12)	1	(3)	1	(8)				
3	11	(31)	11	(32)	11	(31)	2	(15)	7	(54)	2	(22)
4	14	(40)	11	(32)	20	(57)	6	(46)	4	(31)	6	(67)
5	7	(20)	8	(24)	2	(6)	3	(23)	1	(8)	1	(11)
6					1	(3)						
Total	35	(100)	34	(100)	35	(100)	13	(100)	13	(100)	9	(100)

Tabela 12- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase do programa e número da silhueta escolhida como desejável na escala de STUNKARD. São Paulo, 2005.

Desejável	Grupo											
	Controle						Experimental					
	Fase0		Fase1		Fase2		Fase0		Fase1		Fase2	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1												
2	18	(51,4)	12	(35,3)	9	(25,7)	6	(46,2)	7	(53,8)	5	(55,6)
3	12	(34,3)	17	(50,0)	23	(65,7)	5	(38,5)	4	(30,8)	3	(33,3)
4	5	(14,3)	5	(14,7)	3	(8,6)	2	(15,4)	2	(15,4)	1	(11,1)
5												
6												
Total	35	(100)	34	(100)	35	(100)	13	(100)	13	(100)	9	(100)

Tabela 13- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase do programa e número da silhueta escolhida como saudável na escala de STUNKARD. São Paulo, 2005.

Saudável	Grupo											
	Controle						Experimental					
	Fase0		Fase1		Fase2		Fase0		Fase1		Fase2	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1												
2	10	(28,6)	4	(11,8)	5	(14,3)	7	(53,8)	4	(30,8)	-	
3	17	(48,6)	22	(64,7)	22	(62,9)	5	(38,5)	7	(53,8)	9	(100)
4	8	(22,9)	8	(23,5)	7	(20,0)	1	(7,7)	2	(15,4)	-	
5					1	(2,9)						
6												
Total	35	(100)	34	(100)	35	(100)	13	(100)	13	(100)	9	(100)

Os comportamentos das variáveis da escala de silhuetas (EA, EDD e EDS) podem ser vistos através dos figuras de perfis individuais de cada grupo identificados pelas figuras (4-12) (Anexo 11); onde se percebe em todos os casos, que a maioria das mudanças, quando ocorrem, não passa de uma unidade.

As medidas de variabilidade dos valores de discrepância no decorrer do estudo (Tabela 14) demonstram que no grupo controle a mediana do EDD e EDS mantiveram-se ao longo do estudo, enquanto no grupo experimental houve uma diminuição do EDD, e depois um retorno ao valor da fase inicial. O

valor do EDS neste grupo, diminuiu na fase 1 e permaneceu na fase 2, enquanto no grupo controle não houve alteração.

Tabela 14 - Distribuição do escore de discrepância desejável e saudável da população estudada (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo), segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.

Variáveis	Grupos	Fases	n	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
EDD	Controle	0	35	1,1	1	0,9	-1	4
		1	34	0,9	1	0,8	-1	3
		2	35	0,9	1	0,7	-1	2
	Experimental	0	13	1,0	2	1,5	-3	2
		1	13	0,7	1	1,1	-2	2
		2	9	1,3	2	0,9	0	2
EDS	Controle	0	35	0,7	1	0,8	-1	2
		1	34	0,6	1	0,8	-1	2
		2	35	0,6	1	0,6	-1	2
	Experimental	0	13	1,7	2	1,5	-2	3
		1	13	0,3	1	0,8	-1	2
		2	9	0,9	1	0,6	0	2

Comparando os valores do IMC atual com o IMC relacionado à silhueta verificou-se (tabela 15) que o número de adolescentes que superestimavam o peso diminuiu no grupo controle ao longo do estudo. No grupo experimental os valores foram maiores na fase inicial e tiveram uma maior diminuição da fase 0 para fase 1. No entanto estes valores retornaram na fase 2.

Tabela 15- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase e percepção corporal do peso atual. São Paulo, 2005.

	Fases	n	Superestima		Subestima	
			n	%	n	%
Controle	0	35	9	25,7	26	74,3
	1	33	6	18,2	27	81,8
	2	34	2	5,9	32	94,1
Experimental	0	11	4	36,4	7	63,6
	1	11	2	18,2	9	81,8
	2	9	3	33,3	6	66,7

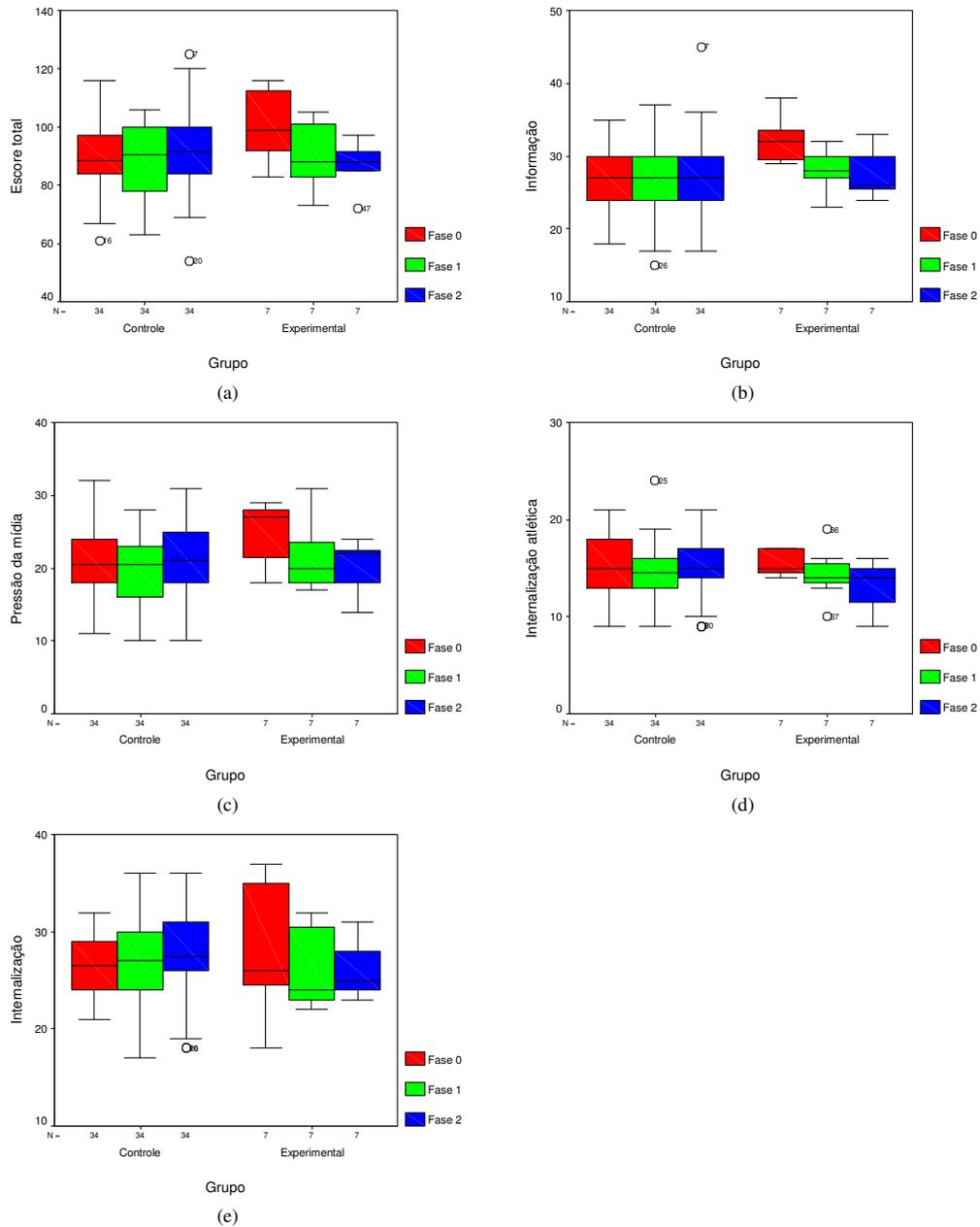
5.5. Influência sociocultural sobre imagem corporal e comportamentos de transtornos alimentares

Dois comportamentos típicos foram observados (Tabela 16 e Figura 13) com relação as variáveis relacionadas ao SATAQ-3: em geral, o grupo controle apresentou valores médios e medianos muito parecidos em cada fase, enquanto no grupo experimental há a sugestão de um decréscimo nesses valores, à medida em que se muda de fase.

Tabela 16 - Distribuição do escore total e subescalas do SATAQ-3 da população estudada (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo), segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.

Variáveis	Grupos	Fases	n	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Escore total	Controle	0	34	90,0	88,5	12,7	61,0	116,0
		1	34	88,5	90,5	13,0	63,0	106,0
		2	34	91,3	91,5	14,4	54,0	125,0
	Experimental	0	7	101,0	99,0	13,0	83,0	116,0
		1	7	90,6	88,0	12,0	73,0	105,0
		2	7	87,1	88,0	7,9	72,0	97,0
Informação	Controle	0	34	26,9	27,0	4,4	18,0	35,0
		1	34	27,1	27,0	4,7	15,0	37,0
		2	34	27,5	27,0	5,6	17,0	45,0
	Experimental	0	7	32,1	32,0	3,3	29,0	38,0
		1	7	28,1	28,0	3,0	23,0	32,0
		2	7	27,7	26,0	3,3	24,0	33,0
Pressão da mídia	Controle	0	34	20,9	20,5	4,4	11,0	32,0
		1	34	19,9	20,5	4,9	10,0	28,0
		2	34	21,0	21,0	4,6	10,0	31,0
	Experimental	0	7	24,7	27,0	4,5	18,0	29,0
		1	7	21,6	20,0	5,2	17,0	31,0
		2	7	20,1	22,0	3,8	14,0	24,0
Internalização atlética	Controle	0	34	15,5	15,0	3,1	9,0	21,0
		1	34	14,6	14,5	2,7	9,0	24,0
		2	34	15,2	15,0	2,9	9,0	21,0
	Experimental	0	7	15,6	15,0	1,4	14,0	17,0
		1	7	14,4	14,0	2,8	10,0	19,0
		2	7	13,1	14,0	2,7	9,0	16,0
Internalização	Controle	0	34	26,8	26,5	3,3	21,0	32,0
		1	34	26,9	27,0	4,5	17,0	36,0
		2	34	27,3	27,5	4,5	18,0	36,0
	Experimental	0	7	28,6	26,0	7,2	18,0	37,0
		1	7	26,4	24,0	4,4	22,0	32,0
		2	7	26,1	25,0	3,0	23,0	31,0

Figura 12. Box-plots das variáveis do SATAQ-3 segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.



Considerando o escore total e subescalas do SATAQ, não foram encontradas diferenças estatisticamente significante para Pressão da mídia ($p=0,039$), Internalização Atlética ($p=0,14$) e Internalização Geral ($p=0,51$). Para Informação ($p=0,014$) e escore Total ($p=0,014$) o fator de interação

Fase*Grupo foi significativa, indicando diferença entre os perfis médios. Para verificar qual das médias era diferente foi utilizado o procedimento de Tukey (WINER 1971) e os resultados mostraram que na subescala informação o grupo experimental apresentou média estatisticamente maior que o grupo controle na fase 0 (Tabela 17). Em relação ao escore total ocorreu uma diminuição significativa no grupo experimental da fase 0 para fase 2 (Tabela 18).

Tabela 17 - Valores dos níveis descritivos (p) das comparações múltiplas (Tukey) do escore da subescala de informação do SATAQ segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.

Média			26,9	27,1	27,5	32,1	28,1	27,7
Grupos	Fases	Código	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}
Controle	0	{1}		0,999	0,962	0,023		
	1	{2}			0,997		0,989	
	2	{3}						1,000
Experimental	0	{4}					0,159	0,089
	1	{5}						1,000
	2	{6}						

Tabela 18 - Valores dos níveis descritivos (p) das comparações múltiplas (Tukey) do escore total do SATAQ segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.

Média			90,0	88,5	91,3	101,0	90,6	87,1
Grupos	Fases	Código	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}
Controle	0	{1}		0,981	0,988	0,175		
	1	{2}			0,766		0,998	
	2	{3}						0,944
Experimental	0	{4}					0,224	0,041
	1	{5}						0,976
	2	{6}						

5.6. Consumo alimentar

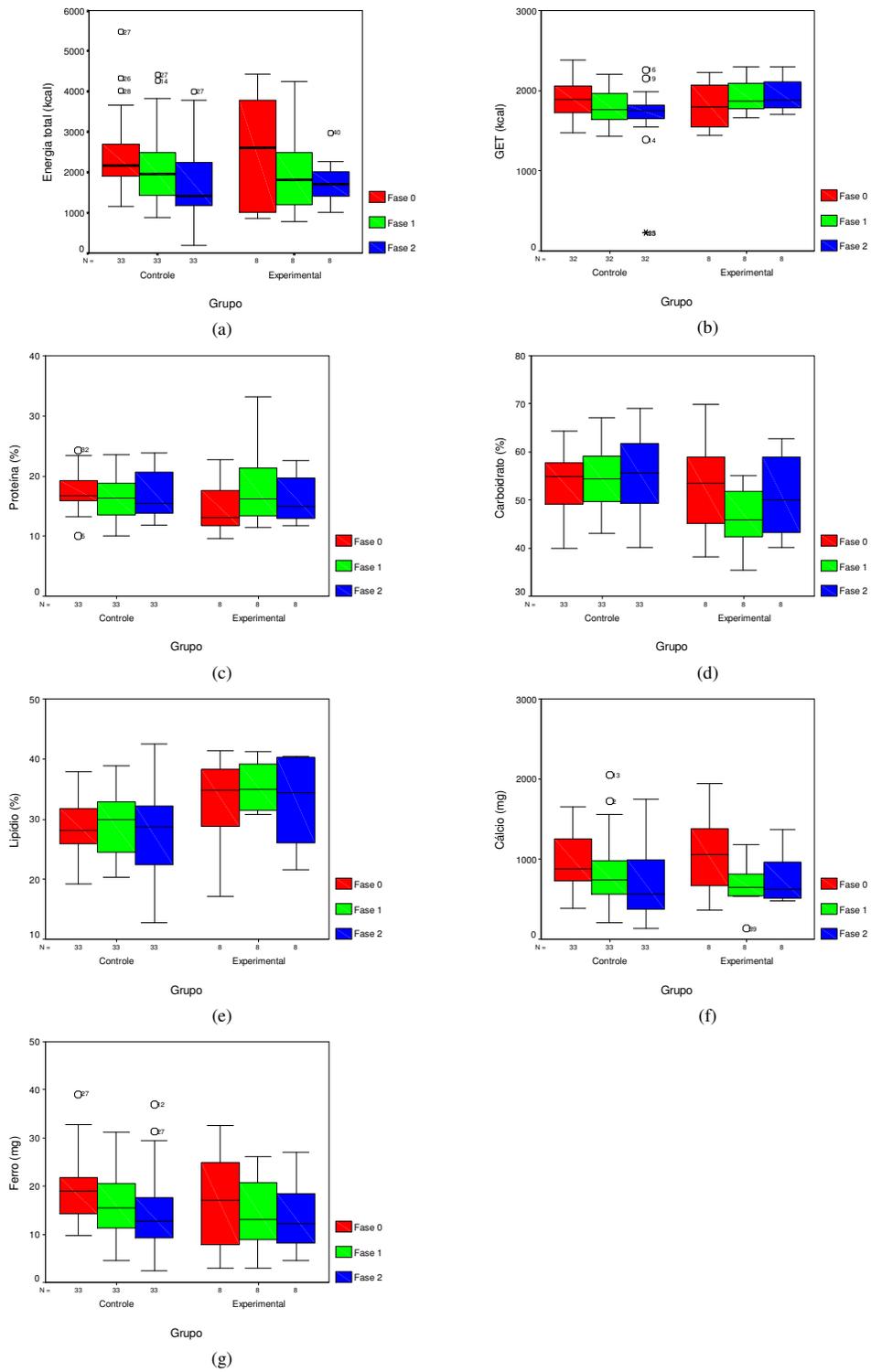
Observou-se em geral, (Tabela 19 e Figura 14), que cada variável relativa à frequência alimentar apresentou um comportamento específico, em termos gerais apresentaram tendências similares: em cada grupo (controle e

experimental), os valores médios e medianos diminuíram na medida em que se passa da fase 0 para a fase 2.

Tabela 19 - Distribuição do consumo energético, porcentagem de proteínas, carboidratos, lipídeos e consumo de cálcio e ferro da população estudada (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo), segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.

Variáveis	Grupos	Fases	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Energia total	Controle	0	33	2386,3	2156,4	953,8	1147,6	5473,3
		1	33	2170,5	1953,0	988,1	885,6	4403,9
		2	33	1822,6	1413,7	1013,8	192,7	3997,3
	Experimental	0	8	2509,9	2602,6	1459,2	860,2	4431,5
		1	8	1999,6	1808,2	1122,7	764,4	4246,6
		2	8	1774,6	1706,7	614,6	996,6	2975,9
Proteínas	Controle	0	33	17,6	16,7	3,1	10,0	24,3
		1	33	16,2	16,3	3,3	10,1	23,5
		2	33	17,0	15,5	3,7	11,8	23,8
	Experimental	0	8	14,6	13,1	4,3	9,6	22,7
		1	8	18,3	16,2	7,3	11,4	33,2
		2	8	16,2	15,0	4,0	11,7	22,6
Carboidratos	Controle	0	33	53,7	55,0	6,5	40,0	64,4
		1	33	54,5	54,3	6,4	43,1	67,2
		2	33	55,0	55,6	8,3	40,1	69,1
	Experimental	0	8	53,0	53,5	10,2	38,3	69,9
		1	8	46,3	45,9	6,8	35,4	55,1
		2	8	50,9	50,1	8,8	40,2	62,7
Lipídios	Controle	0	33	28,7	28,1	4,7	19,2	37,9
		1	33	29,3	29,9	5,4	20,3	38,9
		2	33	28,0	28,6	6,7	12,8	42,5
	Experimental	0	8	32,8	34,8	7,8	17,1	41,3
		1	8	35,4	35,0	4,1	30,8	41,3
		2	8	32,9	34,5	7,9	21,6	40,4
Cálcio	Controle	0	33	984,1	882,8	351,0	390,1	1656,8
		1	33	856,5	741,8	420,8	207,1	2043,8
		2	33	726,1	561,0	424,2	136,4	1749,2
	Experimental	0	8	1066,4	1058,0	517,1	368,1	1942,6
		1	8	663,9	646,8	297,9	133,6	1179,7
		2	8	754,6	627,0	314,8	477,0	1365,6
Ferro	Controle	0	33	18,8	18,9	6,5	9,7	39,1
		1	33	16,2	15,5	7,0	4,5	31,1
		2	33	14,5	12,8	7,8	2,4	37,0
	Experimental	0	8	16,9	17,0	10,4	2,9	32,6
		1	8	14,3	13,1	7,8	2,9	26,1
		2	8	13,7	12,2	7,8	4,6	27,1

Figura 14. Box-plots das variáveis de consumo alimentar segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.



Em relação ao consumo energético total encontrou-se apenas associação estatisticamente significativa com a Fase ($p=0,001$). Pelas comparações múltiplas foi possível verificar uma diminuição média de 650 kcal estatisticamente significativa entre a Fase 0 e a Fase 2 (tabela 20).

Tabela 20 - Comparações múltiplas com correção de Bonferroni segundo consumo energético total e fase do programa. São Paulo, 2005.

Fase		Diferença média (I-J)	Erro-padrão	P	Intervalo de confiança (95%)	
I	J				Limite inferior	Limite superior
0	1	363,03	164,89	0,10	-49,47	775,54
0	2	649,50	183,17	0,00	191,26	1107,74
1	2	286,46	167,91	0,29	-133,60	706,52

De acordo com a tabela 21, observou-se que a maioria, dos dois grupos, na fase 0, tinham um consumo energético menor que o gasto energético individual e que durante o estudo essa inadequação aumentou nos dois grupos.

Tabela 21- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase do programa e adequação de consumo de energia. São Paulo, 2005.

VCT	Grupo											
	Controle					Experimental						
	Fase0		Fase1		Fase2	Fase0		Fase1		Fase2		
	n	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
≥ 100%	14	40,0	9	27,3	9	27,3	3	27,3	1	10	-	-
50 - 100%	15	42,9	17	51,5	13	39,4	4	36,4	4	40,0	6	66,7
< 50%	6	17,1	7	21,2	11	33,3	4	36,4	5	50,0	3	33,3
Total	35	100	33	100	33	100	11	100	10	100	9	100

Em função de uma interação significativa ($p=0,017$) do consumo de proteínas entre a fase e o grupo, procedeu-se comparações múltiplas utilizando o método de Tukey. Foi possível perceber (Tabela 22) que nenhuma diferença foi estatisticamente significativa. A decisão final foi aceitar a hipótese de igualdade entre os grupos.

Tabela 22 - Valores dos níveis descritivos (p) das comparações múltiplas do (Tukey) do consumo de proteína segundo grupo e fase do programa. São Paulo, 2005.

Média			17,6	16,2	17,0	14,6	18,3	16,2
Grupo	Fase	Código	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}
Controle	0	{1}		0,455	0,969	0,413		
	1	{2}			0,903		0,747	
	2	{3}						0,996
Experimental	0	{4}					0,183	0,919
	1	{5}						0,746
	2	{6}						

Com relação ao grupo controle (Tabela 23) verificou-se que o número de alunas com consumo de proteínas adequado diminuiu ao longo do estudo, e um maior número passou a ter um consumo inadequado. No grupo experimental, ocorreu o inverso, as alunas passaram a ter um consumo adequado de proteínas.

Tabela 23- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase do programa e percentual de consumo de proteínas em relação ao consumo calórico total. São Paulo, 2005.

% Proteínas	Grupo											
	Controle						Experimental					
	Fase0		Fase1		Fase2		Fase0		Fase1		Fase2	
	n	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
< 15%	6	17,1	12	36,4	16,0	48,5	7,0	63,6	4	40	4	44,4
15 - 30%	29	82,9	21	63,6	17	51,5	4	36,4	6	60,0	5	55,6
>30%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	35	100	33	100	33	100	11	100	10	100	9	100

Ao avaliar a diferença estatística de consumo de carboidratos ($p=0,039$), observou-se que o grupo controle consome 4% em média a mais de carboidratos que o grupo experimental ($p=0,04$).

Considerando a adequação de consumo deste nutriente verifica-se que o grupo controle permanece homogêneo durante o estudo, com metade do grupo com consumo adequado. No experimental, ocorre um aumento de alunas com consumo inadequado da fase 0 para fase 1, mas retorna aos valores iniciais na fase 2 (Tabela 24).

Tabela 24- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase do programa e percentual de consumo de carboidratos em relação ao consumo calórico total. São Paulo, 2005.

% Carboidratos	Grupo											
	Controle						Experimental					
	Fase0		Fase1		Fase2		Fase0		Fase1		Fase2	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)
< 55%	17	48,6	17	51,5	17,0	51,5	5	45,5	9	90	5	55,6
55 - 75%	18	51,4	16	48,5	16	48,5	6	54,5	1	10,0	4	44,4
> 75%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	35	100	33	100	33	100	11	100	10	100	9	100

Ao avaliar a diferença estatística de consumo de lipídios ($p=0,005$), observou-se que o grupo controle consome em média 5% a menos de lipídios que o grupo experimental ($p=0,01$). Ao se analisar o percentual de lipídeos (tabela 25), verificou-se no grupo controle uma diminuição de alunas com consumo adequado, e conseqüentemente um aumento na inadequação. No grupo experimental houve um aumento de alunas com consumo inadequado da fase 0 para 1, com uma diminuição neste número na fase 2.

Tabela 25- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase e percentual de consumo de lipídeos em relação ao consumo calórico total. São Paulo, 2005.

% Lipídios	Grupo											
	Controle						Experimental					
	Fase0		Fase1		Fase2		Fase0		Fase1		Fase2	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
< 15%	-	-	-	-	1,0	3,0	-	-	-	-	-	-
15 - 30%	23	65,7	17	51,5	12	36,4	4	36,4	1	10	5	55,6
> 30%	12	34,3	16	48,5	20	60,6	7	63,6	9	90	4	44,4
Total	35	100	33	100	33	100	11	100	10	100	9	100

Em relação ao consumo de cálcio e ferro não foram encontradas diferenças estatisticamente significante entre os grupos, porém entre a fase 0 e as fases 1 e 2 ocorreu uma diferença em média de consumo de menos 250mg de cálcio (Tabela 26), e houve uma diminuição média estatisticamente

significante de ferro, constatado apenas ao se comparar a Fase 0 com a Fase 2 (Tabela 27).

Tabela 26 - Comparações múltiplas com correção de Bonferroni do consumo de cálcio segundo fase do programa. São Paulo, 2005.

Fases		Diferença média (I-J)	Erro- padrão	P	Intervalo de confiança (95%)	
I	J				Limite inferior	Limite superior
0	1	265,04	76,95	0,00	72,54	457,54
0	2	284,90	96,28	0,02	44,05	525,75
1	2	19,86	86,24	1,00	-195,89	235,61

Tabela 27 - Comparações múltiplas com correção de Bonferroni do consumo de ferro segundo fase do programa. São Paulo, 2005.

Fases		Diferença média (I-J)	Erro- padrão	P	Intervalo de confiança (95%)	
I	J				Limite inferior	Limite superior
0	1	2,60	1,25	0,13	-0,53	5,72
0	2	3,77	1,33	0,02	0,45	7,08
1	2	1,17	1,26	1,00	-1,99	4,33

O consumo de cálcio apresentou-se inadequado na maioria das alunas sendo observado durante o estudo um aumento desta inadequação nos dois grupos (Tabela 28). Em relação ao ferro (Tabela 29) nota-se que a maioria dos grupos têm um consumo adequado inicialmente, com um aumento de alunas com consumo adequado da fase 0 para fase 1, mas uma diminuição da fase 1 para fase 2.

Tabela 28- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase e percentual de adequação de consumo de cálcio. São Paulo, 2005.

	Grupos											
	Controle						Experimental					
	Fase0		Fase1		Fase2		Fase0		Fase1		Fase2	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
≥ 100%	8	22,9	5	15,2	4,0	12,1	3,0	27,3	-	-	2	22,2
< 100%	27	77,1	28	84,8	29	87,9	8	72,7	10	100,0	7	77,8
Total	35	100	33	100	33	100	11	100	10	100	9	100

Tabela 29- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase e percentual de adequação de consumo de ferro. São Paulo, 2005.

	Grupos											
	Controle						Experimental					
	Fase0		Fase1		Fase2		Fase0		Fase1		Fase2	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
≥ 100%	24	68,6	25	75,8	16,0	48,5	7,0	63,6	7	70	5	55,6
< 100%	11	31,4	8	24,2	17	51,5	4	36,4	3	30,0	4	44,4
Total	35	100	33	100	33	100	11	100	10	100	9	100

5.7. Atividade Física

Em relação ao nível de atividade física, observou-se (Tabela 30), que a maioria das alunas dos dois grupos é ativa ou muito ativa. O nível de atividade aumentou durante a intervenção no grupo experimental, enquanto no grupo controle algumas alunas muito ativas passaram a ser ativas, e outras passaram a ser irregularmente ativas ou sedentárias.

Tabela 30- Distribuição numérica e percentual dos grupos segundo fase e nível de atividade física. São Paulo, 2005.

Nível de atividade	Grupo											
	Controle						Experimental					
	Fase0		Fase1		Fase2		Fase0		Fase1		Fase2	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Muito ativo	16	(45,7)	7	(20,6)	5	(14,7)	3	(23,1)	4	(33,3)	3	(33,3)
Ativo	16	(45,7)	23	(67,6)	23	(67,6)	7	(53,8)	7	(58,3)	6	(66,7)
Irregularmente ativo	3	(8,6)	4	(11,8)	5	(14,7)	2	(15,4)	1	(8,3)	-	-
Sedentário	-	-	-	-	1	(2,9)	1	(7,7)	-	-	-	-
Total	35	(100)	34	(100)	34	(100)	13	(100)	12	(100)	9	(100)

5.8. Influência da frequência no programa nas variáveis de estudo

Na figura 14 observa-se uma frequência irregular nas sessões pelas adolescentes. No entanto as figuras 15, 16 e 17 sugerem, em geral, que as relações lineares entre as variáveis presentes nessas figuras e a frequência nas sessões são muito fracas. Os coeficientes de correlação linear de Pearson

podem ser vistos na tabela 31 e em negrito. Os maiores coeficientes observados indicam que a irregularidade de frequência não teve influência nos resultados.

Figura 14- Distribuição percentual do grupo experimental segundo frequência nas sessões. São Paulo, 2005.

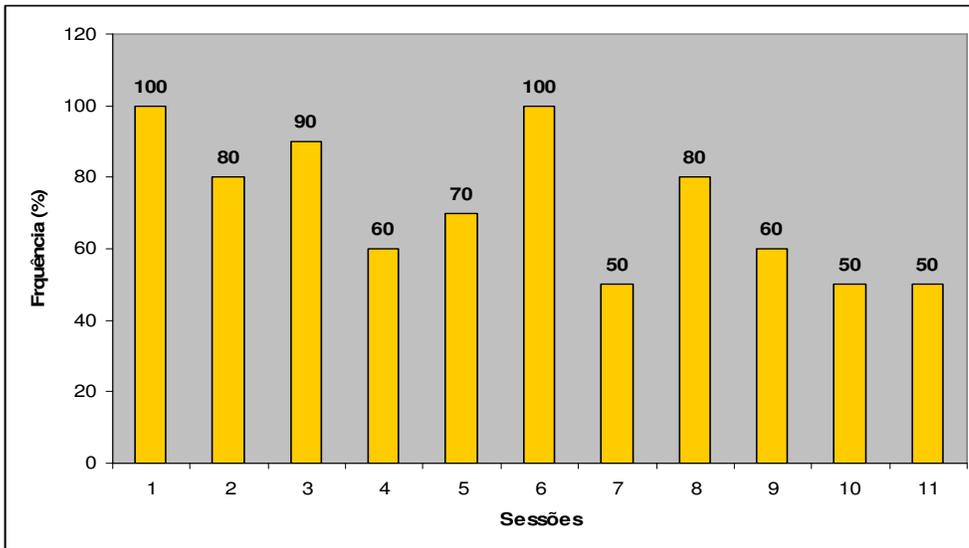


Figura 15- Influência da frequência nas sessões no escore EAT total. São Paulo, 2005.

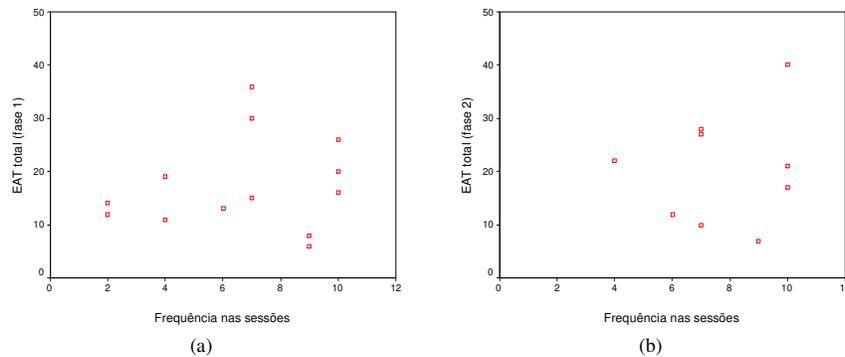


Figura 16- Influência da frequência nas sessões no escore total do SATAQ-3. São Paulo, 2005.

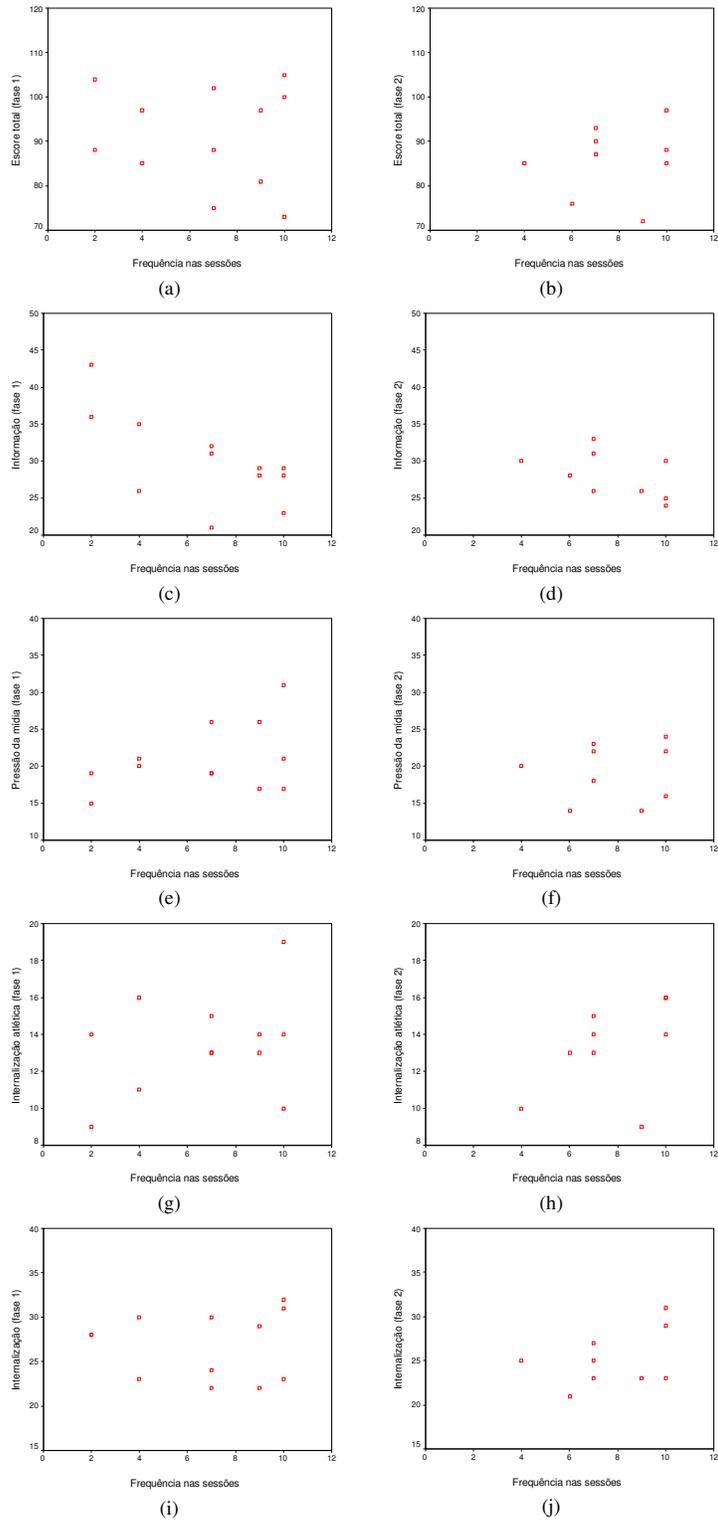


Figura 17- Influência da freqüência nas sessões nas variáveis de consumo alimentar. São Paulo, 2005.

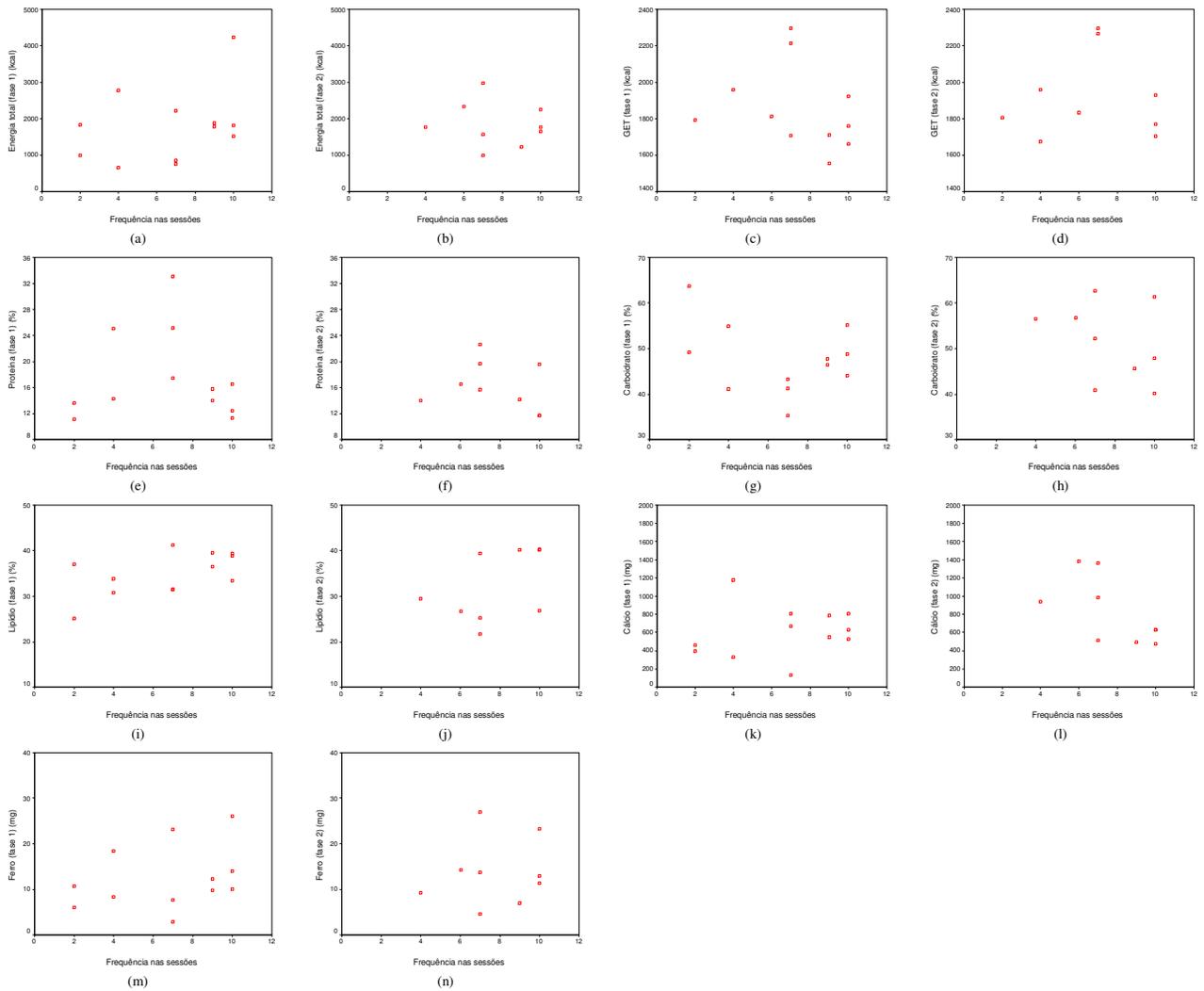


Tabela 31- Coeficiente de correlação linear de Pearson entre escore do EAT-26, SATAQ-3, consumo alimentar e a frequência nas sessões. São Paulo, 2005.

Domínio	Variáveis (A)	Fase	Correlação entre (A) e frequência nas sessões
Teste de Atitudes Alimentares	EAT Total	1	0,165
		2	0,154
SATAQ-3	Escore Total	1	-0,113
		2	0,165
	Informação	1	-0,669
		2	-0,500
	Pressão da mídia	1	0,408
		2	0,084
	Internalização atlética	1	0,303
		2	0,476
	Internalização	1	0,012
		2	0,412
Consumo Alimentar	Energia Total	1	0,327
		2	-0,102
	GET	1	-0,252
		2	0,036
	Proteína	1	-0,038
		2	-0,230
	Carboidrato	1	-0,306
		2	-0,332
	Lipídio	1	0,551
		2	0,476
Cálcio	1	0,173	
	2	-0,620	
Ferro	1	0,293	
	2	0,154	

5.9) Aceitação do programa

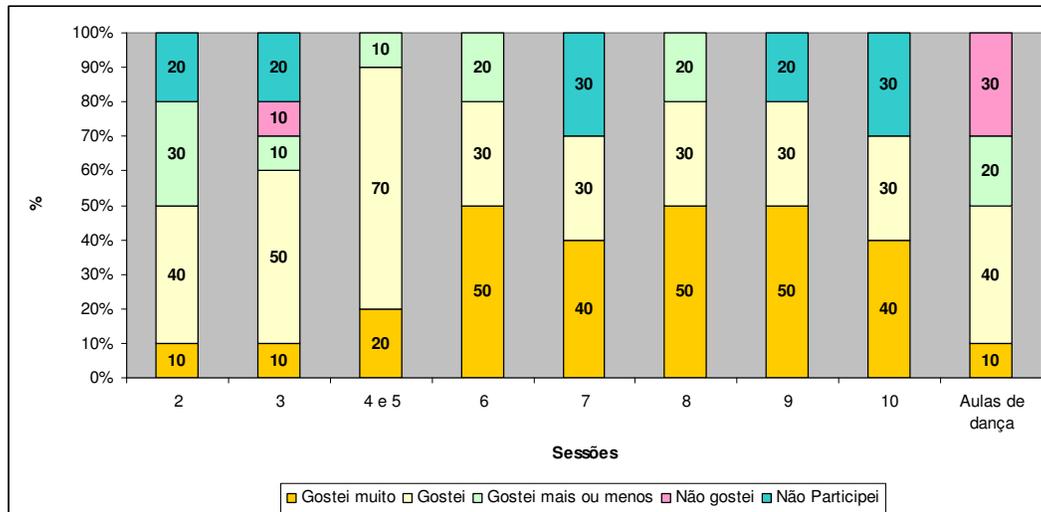
De acordo com a metodologia do estudo, as alunas foram questionadas na fase 0 quanto aos motivos para participar do grupo e ao final foram questionados sobre a aceitação do grupo.

Como se observou no depoimento das alunas (Anexo 12), a maioria tinha preocupações com alimentação e peso no início do estudo.

De acordo com a figura 18, a maioria das alunas gostou das sessões. As sessões que elas gostaram mais ou menos ou não gostaram, foram as sessões

2,3, 6 e 8, com percentuais de 10 a 30%. As aulas de dança foram as que tiveram um índice maior de não aceitação, 30% relataram que não gostaram e 20% relataram que gostaram mais ou menos.

Figura 17- Distribuição percentual do grupo experimental segundo aceitação das sessões. São Paulo, 2005.



Na tabela 32, observou-se que 60% do grupo referiu que mudou comportamentos relacionados à alimentação e percepção corporal no final do grupo, 50% teve suas expectativas atendidas, e 80% achou interessante que a intervenção faça parte do currículo de escolas.

Tabela 32- Distribuição percentual das alunas do grupo experimental segundo mudança na rotina, atendimento de expectativas, e interesse de incorporar o programa no currículo escolar. São Paulo, 2005.

Mudou a rotina	n	%
Preocupação em cortar calorias	2	20
Alimentação	4	40
Percepção corporal mudou	2	20
Não mudou	2	20
Total	10	100
Atendeu expectativa	n	%
Muito	5	50
Razoavelmente	4	40
Pouco	1	10
Total	10	100
Incorporar no currículo	n	%
Sim	8	80
Não	0	0
Não sabe	2	20
Total	10	100

6) DISCUSSÃO

Para discutir os efeitos do programa sobre os comportamentos de risco de transtornos alimentares é necessário não somente fazer considerações a respeito das variáveis que se apresentaram significativas, como também apontar algumas características do estudo a serem observadas na interpretação dos resultados.

Programa de prevenção

O programa SE LIGA na NUTRIÇÃO teve seus objetivos definidos de acordo com os fatores associados ao desenvolvimento de um transtorno alimentar, sendo que cada sessão foi estruturada quanto aos objetivos educacionais cognitivos, afetivos e comportamentais. A determinação das estratégias de ensino foram baseadas nestes objetivos, onde se buscou passar as informações necessárias para que as adolescentes pudessem trabalhar as atitudes e ações a serem tomadas quanto ao tema discutido.

Os temas discutidos foram determinados e baseados nos resultados positivos de outros programas. Segundo a revisão de LEVINE e PIRAN (2004) os programas efetivos são aqueles que encorajam os adolescentes a pensarem criticamente sobre os fatores envolvidos no desenvolvimento como ganho de peso na puberdade, e necessidades nutricionais, e discutem o contexto cultural que idealiza a magreza e discrimina as pessoas obesas.

Os principais aspectos abordados no SE LIGA na NUTRIÇÃO foram à influência da mídia sobre a magreza, imagem corporal, fatores que interferem no crescimento e desenvolvimento, importância da alimentação e atividade física saudável.

A definição das onze sessões baseou-se nos temas e delineamento dos currículos de programas de prevenção na literatura (quadro 4). No quadro são descritos nove programas que foram realizados a partir de 1997, período em que os estudos na área se intensificaram. Estes foram realizados em adolescentes de 9 a 14 anos, com número de sessões que variam de 5 a 15, sendo que dois terços dos estudos utilizaram grupo controle.

Quadro 4 – Programas de prevenção

Autor	População de estudo	Metodologia	Aspectos abordados	Principais resultados
Carter e col (1997)	Meninas de 13-14 anos	8 sessões de 45 minutos (antes, pós e 6 meses após) Sem grupo controle	Pressão sociocultural pela magreza e fazer dieta, imagem corporal, auto-estima, regulação do peso, efeitos do hábito de fazer dietas, desenvolvimento dos TA , alimentação saudável e regras para resistir as mensagens para fazer dieta.	Diminuição de comportamentos de TA, mas que retornaram ao começo após 6 meses.
Smolak e col (1998) “Eating Smart/Eating for Me”	Adolescentes de 9 a 11 anos	10 sessões (antes e após) Sem grupo controle	Promoção da alimentação saudável, e imagem corporal positiva, riscos da restrição alimentar, aceitação de diversidade de peso e forma, atividade física saudável.	Diminuiu discriminação contra obesos, não houve efeito nas atitudes e comportamentos. Aumento de conhecimento quanto à nutrição, efeitos de fazer dieta, e as causas da gordura corporal.
Kater e col (2000) “Healthy Body Images: Teaching Kids to Eat, and Love Their Bodies, Too!”	Adolescentes de 9 a 12 anos	10 sessões (antes e após) Sem grupo controle	Mudanças durante a puberdade, impacto da genética no tamanho e forma, seleção de modelos reais, crítica às mensagens da mídia sobre magreza, e controle de peso.	Mudanças no conhecimento, aceitação de uma diversidade de formas e peso, auto-estima positiva, e rejeição a um ideal de magreza, intenção de fazer dieta, escolhas saudáveis quanto a nutrição e exercício.

Autor	População de estudo	Metodologia	Aspectos abordados	Principais resultados
O'Dea & Abrahan (2000) "Everybody is different"	Adolescentes de 11 a 14 anos	9 sessões de 50 a 80 minutos (antes, após e 12 meses após) Com grupo controle	Atividades para ajudar os jovens a criar uma imagem corporal positiva e auto-estima.	Aumentou a satisfação corporal, diminuiu o esforço para perder peso, diminuiu a preocupação com a aparência física e aceitação social. As alterações permaneceram após 12 meses.
Baranowski e Hetherington (2001)	Meninas de 11 a 12 anos	5 sessões de 1:30 horas (antes, após e 6 meses após) Com grupo controle	Conseqüências da restrição alimentar, estereótipos associados com a magreza e obesidade, auto-estima, TA, e regulação de energia	Melhora na restrição alimentar no grupo experimental e controle, não houve interferência na imagem corporal, mas uma leve tendência a melhorar a baixa auto-estima.
Stewart et al (2001)	Adolescentes de 13 a 14 anos	6 sessões de 45 minutos (antes, após e 6 meses após) Com grupo controle	Pressão sociocultural para ser magro, hábito de fazer dieta e regulação do peso, a natureza e os sinais dos TA, lidar com o estresse, baixa auto-estima e desenvolvimento de metas pelos adolescentes	Aumentou o conhecimento, diminuição pequena, mas significativa na restrição alimentar, preocupação com o peso e alimentação. Alterações não permaneceram após os 6 meses.
Steiner Adair e col (2002) "Full of ourselves"	Adolescentes de 13 a 14 anos	8-15 sessões de 45 a 90 minutos (Antes, pós e 6 meses após) Com grupo controle	Discriminação de peso, mídia, ativismo, liderança e a política da imagem corporal.	Aumento no conhecimento, auto-estima, satisfação corporal e resistência pública a forma de discriminação. Não houve alteração dos comportamentos alimentares (hábito de fazer dieta e pular refeições)

Autor	População de estudo	Metodologia	Aspectos abordados	Principais resultados
Wade e col (2003)	Adolescentes de 13 anos	5 sessões de 50 minutos (Antes, pós e 3 meses após) Com grupo controle	Compara a eficácia de um programa voltado a discussão da mídia e um voltado a auto-estima	Grupo de mídia: diminuiu a preocupação com o peso Grupo de auto-estima: não diminuiu a preocupação com o peso.
McVey e Davis (2004) "Every Body Is a Somebody"	Meninas de 12 anos	6 sessões (antes, após, 6 meses e 12 meses após) Com grupo controle	Discussão sobre habilidades para melhorar a auto-estima, satisfação corporal, redução de atitudes e comportamentos alimentares negativos, e sentimento de perfeccionismo .	Melhorou a satisfação corporal e auto-estima, e reduziu as atitudes alimentares somente após a intervenção. As alterações não permaneceram após 12 meses.

A duração das sessões foi em torno de uma hora, sendo que muitas vezes este horário acabou se estendendo ou diminuído, em função de dificuldades com o espaço ou mesmo por outros compromissos das adolescentes.

No início do programa observou-se uma participação boa do grupo, no entanto ao longo das 11 semanas, verificou-se uma frequência irregular das adolescentes, sendo que algumas do grupo chegaram a desistir da pesquisa. Apesar disso, este fator não interferiu nos resultados, ou seja, a maior ou menor frequência não teve influência nas variáveis estudadas.

O programa foi bem aceito pelas adolescentes, pois em oito sessões do programa observou-se um nível de aceitação acima de 70%. As sessões iniciais, voltadas à discussão da mídia e discriminação de peso, e as dinâmicas de dança tiveram uma aceitação entre 50 e 60%, sendo que a dança teve uma rejeição de 30% do grupo.

A menor aceitação destas sessões iniciais pode ter ocorrido em função do grupo ainda não estar integrado, e por se tratarem de dinâmicas que exigiam a exposição de idéias ao grupo. O mesmo pode ser observado quanto às dinâmicas de dança, onde as adolescentes sentiram-se inibidas em mostrar os movimentos, soltar o corpo e diferenciar-se do grupo.

Um outro indicativo da aceitação do grupo foi que praticamente todo grupo teve suas expectativas muito ou em parte atingidas, e sugeriram que este tipo de programa fosse incorporado no currículo das escolas.

Delineamento do estudo

Os estudos na área de prevenção de transtornos alimentares com resultados positivos enfatizam a necessidade de um delineamento inicial, com a elaboração dos objetivos e estratégias de ensino a serem utilizadas durante a intervenção. Como pode ser observado no quadro 4, há uma diversidade de metodologias, objetivos, estratégias e resultados. Pode-se notar, também, que há um consenso da importância de um delineamento de seguimento com comparação tipo caso controle.

Seguindo os resultados positivos encontrados na literatura, o presente estudo utilizou um grupo controle e experimental, realizado em escolas

diferentes e distantes, e fez um seguimento da população de estudo após o término da intervenção.

Variáveis demográficas e antropométricas

A população de estudo constituiu-se de adolescentes do gênero feminino, com uma maior presença de alunas com idade de 12 anos no grupo experimental e de 14 anos no grupo controle, no entanto esta diferença não teve associação estatística com as variáveis. Nas variáveis antropométricas observou-se uma tendência de valores maiores de peso e estatura no grupo experimental comparado com o grupo controle, no entanto na avaliação do IMC observa-se que a média é semelhante nos grupos ao longo do estudo.

Nos dois grupos houve um aumento significativo de peso e estatura ao longo da intervenção, que pode ser considerado normal, uma vez que as adolescentes estavam passando por alterações de composição corporal, que refletiram no aumento de peso e de IMC (O'DEA, 1996; JONES, 2001, STEWART e col., 2001).

Quanto aos índices de sobrepeso/obesidade observou-se uma porcentagem de meninas (12%) com sobrepeso/obesidade no início do estudo, que se manteve constante no grupo controle, enquanto no grupo experimental aumentou no final do estudo, chegando a 30%, passando de uma para três meninas. As adolescentes que se encontravam em excesso de peso/obesidade ao final do estudo podem ter passado por modificações de composição corporal em relação à massa muscular, pois as mesmas referiram que haviam começado a praticar voleibol durante a intervenção. Visualmente elas pareciam eutróficas.

O aumento de peso durante a adolescência está relacionado com o início da menarca, onde ocorre uma desaceleração do crescimento e o corpo adquire as formas da mulher adulta. Nesta fase, observa-se, que há uma maior preocupação com peso e forma, o que pode levar as adolescentes a experimentar uma insatisfação corporal.

Um estudo comparativo com adolescentes antes da menarca e após a menarca, observou entre as que já haviam tido a menarca, pesavam mais, tinham IMC maior, uma percepção de estarem acima do peso e desejavam

mais a perda de peso, comparada com aquelas que ainda não haviam iniciado a menarca (O´DEA, 1996; O´DEA e col., 1999).

No presente estudo praticamente todas as meninas já tinham passado pela menarca, no entanto as meninas do grupo experimental pesavam mais que o controle, o que poderia significar uma maior preocupação com o peso e conseqüente insatisfação corporal.

Comportamentos de risco para transtornos alimentares

Na avaliação do EAT-26, nos dois grupos, observou-se uma tendência semelhante ao longo do estudo nos valores de escore, com uma diminuição na fase 1 e um leve aumento na fase 2. No entanto, o grupo experimental apresentou um escore mediano maior na fase 0 e teve uma redução (9 pontos) comparado com o controle após a intervenção. Considerando a porcentual de meninas que tinham escore maior que 20 no início do estudo, observa-se que houve uma redução proporcionalmente maior no grupo experimental na fase 1.

O EAT-26, utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de AN ou BN, indica a presença de preocupação com peso e alimentação, mais do que somente sintomas de AN. Portanto, as adolescentes do grupo experimental poderiam ser mais consideradas de mais risco para TA do que o grupo controle, em função dos maiores escores encontrados.

Considerando a subescala do comportamento de dieta constatou-se que houve uma redução maior após a intervenção no grupo experimental do que no grupo controle.

O hábito de fazer dietas está relacionado com o início de um TA, e tende a aumentar com as alterações corporais decorrentes da puberdade (JONES, 2001; HALVARSSON e col., 2002; BORRESEN e ROSENVINGE, 2003). Portanto, a maior diminuição deste comportamento encontrada no grupo experimental pode significar um efeito positivo do programa.

FAVARO e col.; (2005) não encontraram efeitos da intervenção na subescala de dieta em longo prazo, ao contrário do presente estudo em que os escores se mantiveram após os 4 meses. A dificuldade em comparar os resultados do presente estudo com outros decorre da maioria dos programas

serem realizados com a população total de adolescentes, e não somente com adolescentes do gênero feminino e preocupadas com peso.

SANTONASTASO (1999) verificou em seu estudo que ao considerar somente as meninas de risco, após a intervenção houve uma diminuição do escore do EAT, enquanto no grupo todo observou-se um aumento nos valores.

Satisfação corporal

Na avaliação da percepção do peso atual no grupo experimental verificou-se que estas tinham uma maior tendência a superestimar o peso (36,4%) que o grupo controle no início do estudo (25,7%). Estudos indicam que adolescentes do gênero feminino tendem a se perceber como acima do peso mesmo estando com um IMC dentro do normal (PRITCHARD e col., 1997; KILPATRICK e col 1999; DUNKER e PHILIPPI, 2003).

Na revisão da literatura, verificou-se que crianças têm uma percepção adequada do tamanho corpóreo, no entanto, esta percepção começa a se alterar por volta dos sete anos, e se acentuando até os 14 anos. A distorção da percepção corporal consiste no julgamento inadequado do tamanho corporal e é um dos comportamentos de indivíduos com TA (GARDNER, 2001).

Neste sentido, o grupo experimental poderia ser considerado de maior risco para TA por superestimarem mais o peso do que o grupo controle. Apesar da falta de poder estatístico, pode-se observar que o número de meninas do grupo experimental que superestimavam o peso diminuiu pela metade imediatamente após o programa, diferença não encontrada no grupo controle. Por outro lado, na fase 2, o grupo experimental teve um aumento novamente das meninas que se superestimavam, enquanto no grupo controle os valores reduziram.

Ao avaliar a percepção do desejável, constatou-se no grupo experimental, que houve uma redução na insatisfação corporal na fase 1, mas um aumento na fase 2. Quanto a percepção do saudável, verificou-se que houve uma diminuição da insatisfação corporal após a intervenção, que se manteve após os quatro meses. No grupo controle as duas percepções apresentaram valores constantes ao longo da intervenção.

Segundo THOMPSON e DOLCE (1989) a percepção do peso desejável está relacionado com um desejo emocional de busca pela magreza, ou seja, um peso muitas vezes irreal. Neste sentido, a percepção de um peso saudável, por ser baseado na razão, pode ser um parâmetro adicional na avaliação da insatisfação corporal, pois ele traz uma visão mais realista de um corpo ideal.

A preferência por figuras mais magras aumentou no grupo experimental ao longo da intervenção, o que pode ser explicado pelo aumento do peso e IMC, tendência observada também no estudo de COLLINS (1991). Poder-se-ia concluir que o programa não conseguiu reduzir a insatisfação referente ao peso desejável ou ideal, mas teve efeito na percepção do que é saudável e real.

Os resultados não foram significativos, em função do pequeno número da amostra. No entanto a intervenção pareceu ter impacto no grupo experimental, em função de maiores alterações observadas neste grupo do que no grupo controle.

Os resultados do estudo podem ser comparados com outras intervenções, onde se verificou pouco ou nenhum efeito na imagem corporal (SMOLAK e col., 1998; STEWART e col., 2001; BARANOWSKI e HETHERINGTON, 2001; McVEY e col., 2004).

Na revisão da literatura de LEVINE e PIRAN (2004), os autores discutem que a maioria dos programas tem efeito em curto prazo na imagem corporal, na glorificação da magreza e nos comportamentos alimentares. No entanto, a manutenção de mudanças de atitude e comportamento, ainda são metas a serem muito discutidas no meio científico.

Influência sociocultural

Considerando a influência da mídia na aceitação de padrões de beleza avaliados pela escala SATAQ-3, verificou-se no escore total que os valores do grupo controle praticamente não se alteraram durante a pesquisa, enquanto no grupo experimental, observou-se uma redução dos valores ao longo da mesma, sendo considerada uma alteração estatisticamente significativa.

As subescalas de informação e pressão da mídia diminuíram durante a intervenção, com maior influência no escore total. A diminuição destas subescalas pode significar que houve certa conscientização sobre o que é

passado pela mídia. Um ponto a ser considerado é que o grupo experimental apresentou um escore de informação estatisticamente maior que o do grupo controle no início do estudo, o que poderia indicar uma maior predisposição destas meninas a receber as informações da mídia.

Em estudos realizados com indivíduos com TA os escores encontrados no SATAQ-3 foram altos nas subescalas de internalização e pressão da mídia comparados com amostras controle, enquanto os escores de informação não tiveram diferença. Portanto há uma grande evidência de que este instrumento pode ajudar a identificar grupos de risco para TA (THOMPSON e col., 2004).

O uso da mídia como fonte de informação pode trazer conseqüências aos adolescentes de risco, pois ela gera uma pressão pelo emagrecimento a qualquer custo. Os adolescentes têm consciência desta influência, como pode ser visto em alguns estudos como os de KING e col. (2000), TAVERAS e col. (2004), CHOW (2004), WISEMAN e col. (2005) onde as revistas, programas de TV, propagandas e moda são vistos como grandes influenciadores no desejo pela magreza.

No início da adolescência, o hábito de ler revistas da moda como fonte de informação para atingir um corpo perfeito pode gerar um sentimento de insatisfação com peso e forma. Neste sentido as adolescentes, estão constantemente envolvidas em uma luta racional para entender o significado das mudanças da puberdade (peso e forma) em uma cultura que ao mesmo tempo valoriza o corpo, glorifica a magreza e estimula o consumo impulsivo de uma variedade de alimentos calóricos ou não saudáveis (LEVINE e SMOLAK, 2002; LITTLETON e OLLENDICK, 2003).

Os resultados encontrados no presente estudo foram mais positivos do que os do estudo de intervenção de STEINER-ADAIR e col. (2002) em que os autores não encontraram efeito significativo durante a intervenção nas subescalas de informação e internalização.

No estudo de NEUMARK-SZTAINER (2000) os autores verificaram que houve uma redução significativa na internalização pela magreza após os 3 meses, comparado com o grupo controle. No presente estudo, apesar da Internalização não ter apresentado uma redução como às outras subescalas, é possível perceber uma diminuição nos valores. Analisando o grupo controle observou-se uma tendência contrária.

O estudo de DURKIN e col. (2005), os autores enfatizam os efeitos na diminuição da insatisfação corporal de programas de prevenção que discutem a influência da mídia na propagação de padrões de beleza irreais, e a mudança destes padrões nas últimas décadas, e sugerem novas abordagens a serem utilizadas nos programas, como a discussão sobre o hábito da auto-depreciação do corpo perante o grupo, e a importância de não associar a aparência à personalidade.

Segundo LEVINE e SMOLAK (2002), tanto a internalização da magreza, ideal de beleza e a pressão pela magreza (por parte da família, amigos, namorados e mídia) prediz um aumento significativo a curto prazo na insatisfação corporal em adolescentes.

Esta pressão pode ser observada em alguns pontos dos depoimentos iniciais das adolescentes do grupo experimental (Anexo 12). Quando as adolescentes foram questionadas quanto à motivação para participar do estudo, em resumo elas citaram: necessidade de uma alimentação equilibrada, aceitação por parte do grupo de amigos quanto ao corpo, dificuldade em expressar sentimentos, falta de confiança em si mesmas, de controle com a alimentação, desejo de emagrecer.

WERTHEIM e col. (1997) observaram em seu estudo que os motivos que levavam as adolescentes a iniciarem uma dieta eram os seguintes: sentir-se infeliz consigo mesma; depressão; comentários e brincadeiras sobre o peso; amiga que estava fazendo dieta; para agradar os meninos; por razões de saúde; esta acima do peso; querer entrar nas roupas.

Alguns outros estudos reforçam o impacto que a discriminação de peso, a pressão pela magreza por parte da mídia, amigos, namorados, e família podem ter sobre a adolescente, causando uma maior predisposição a ter um comportamento de TA, insatisfação corporal, baixa auto-estima (O'DEA, 1996; TAYLOR e col., 1998; LIEBERMAN e col., 2001; DUNKEY e col., 2001).

Além dos resultados positivos observados na escala do SATAQ-3, pode-se observar no Anexo 13, o efeito da sessão 2 nos conceitos passados sobre a influência da mídia. As alunas em pequenos grupos criaram e fizeram cartazes com as seguintes mensagens a serem transmitidas dentro da escola: "Tudo é só uma casca "; "Seja o que você é e não o que os outros querem que você seja !!" ; "Um dia a moda vai acabar ! Então, vamos engordar !!" ; "Hoje em dia,

aparência é quase tudo!”. Observou-se que as adolescentes conseguiram ser bem críticas e criativas quanto às mensagens positivas que gostariam de passar à sociedade.

Consumo alimentar

Na avaliação da alimentação dos grupos verificou-se uma tendência a uma diminuição do consumo energético ao longo do programa. No grupo controle havia mais meninas que não atingiam as necessidades energéticas do que no grupo experimental no início do estudo. No entanto, nos dois grupos observou-se um aumento de meninas com consumo abaixo da necessidade individual após a intervenção.

Essa tendência a ter um consumo abaixo do recomendado, assim como uma diminuição do consumo calórico ao longo do tempo é uma característica da adolescência (NUZZO, 1998; GAMA, 1999; MOYA e col., 2000; DECARLI e col., 2000; KAZAPI e col., 2001; BARIC e col., 2001).

O fato de o grupo experimental ter acompanhado esta tendência, pode significar que o programa não interferiu nos hábitos e comportamentos alimentares das adolescentes.

Com relação aos macronutrientes observou-se poucas alterações ao longo do estudo. O grupo experimental inicialmente e ao longo da intervenção apresentou um consumo significativamente maior de lipídeos e conseqüentemente menor de carboidratos que o grupo controle. Neste sentido, o grupo controle apresentou um padrão alimentar mais adequado do que o grupo experimental.

O baixo consumo de carboidratos pode ter determinado uma alteração na distribuição dos outros nutrientes, principalmente dos lipídios. Este perfil é bem freqüente entre adolescentes do gênero feminino (DECARLI e col., 2000, MOYA e col., 2000; KAZAPI e col., 2001).

A transição nutricional que vêm ocorrendo nas últimas décadas em nosso país em função de mudanças de estilo de vida, hábitos alimentares, níveis de ocupação e renda, acesso e uso social das informações, escolaridade, tem levado ao aumento da obesidade. Uma conseqüência desta epidemia é o desejo de emagrecer, que leva ao surgimento de dietas de moda,

sendo que muitas delas pregam a redução dos carboidratos (BATISTA Filho e RISSIN, 2003).

Sabe-se que as dietas pobres em carboidratos são geralmente acompanhadas de uma grande perda de peso decorrente da grande perda de água. A explicação é que o glicogênio é hidratado com 2 a 3 gramas de água, enquanto a gordura contém somente 0,5 g de água. Portanto uma dieta rica em gordura e baixa em carboidratos causa uma depleção no músculo e nos estoques de glicogênio no fígado, causando uma perda fácil e rápida de água corporal (ANDERSON e col.,2000).

A perda de peso rápida contribui para a popularidade deste tipo de dieta, o que é preocupante uma vez que os carboidratos são importantes fontes de energia para o corpo, podendo em quantidades inadequadas, prejudicar o crescimento e desenvolvimento, assim como o alto consumo de lipídios, pode predispor as adolescentes a uma doença crônica na fase adulta.

Considerando o consumo de cálcio e ferro verificou-se uma diminuição nos dois grupos ao longo da intervenção, em função provavelmente da diminuição do consumo calórico. No entanto, a inadequação foi maior em relação ao cálcio, enquanto se considerarmos os valores recomendados de ferro, observa-se que em todas as fases, mais da metade das alunas tiveram um consumo adequado.

Os resultados encontrados em relação ao cálcio são semelhantes aos encontrados em estudos com adolescentes (DECARLI e col., 2000; ROLLAND-CACHERA e col., 2000; LERNER e col., 2000; ALBANO e SOUZA,2001; GARCIA e col., 2003). Um consumo de cálcio inadequado está associado com uma baixa densidade óssea, e aumenta o risco de desenvolvimento de osteoporose na fase adulta.

Em relação ao ferro, pode-se notar que o presente estudo encontrou valores acima dos encontrados na literatura (DECARLI e col., 2000; ROLLAND-CACHERA e col., 2000; GARCIA e col., 2003).

Os valores altos de adequação quanto ao consumo de ferro pode ser explicado pelo fato do questionário de frequência alimentar de VILLAR (2001) durante sua validação, não ter encontrado um desempenho aceitável para classificar o consumo habitual de adolescentes quanto ao ferro.

Os resultados de consumo alimentar não podem ser comparados com outros estudos em função da maioria dos programas terem avaliado conhecimento relacionado à nutrição e alimentação saudável, e o hábito de fazer dieta e pular refeições (SMOLAK e col., 1998; KATER e col., 2000; STEINER-AIDAR e col., 2002).

No presente estudo, o questionário de frequência alimentar foi utilizado para avaliar hábitos e padrões alimentares. Portanto não foi possível medir o conhecimento.

Apesar de não ser sido possível detectar pelos instrumentos utilizados alterações nos hábitos e padrões alimentares, 40% das adolescentes do grupo experimental, ao final do programa, referiu de forma qualitativa no questionário de avaliação do programa, que mudaram sua rotina em relação à alimentação.

Os hábitos e comportamentos alimentares dos adolescentes são determinados por vários fatores individuais como os psicossociais, biológicos e de estilo de vida, assim como os ambientais, que envolvem a família, os amigos e a mídia. Pode-se citar como exemplo algumas das características individuais: preferências e crenças alimentares; percepção sensorial dos alimentos; despreocupação com saúde e nutrição; associação dos alimentos com a identidade, independência e amizade; necessidade de satisfazer a fome com alimentos que fornecem energia rápida; falta de tempo e dinheiro para realizar refeições balanceadas; o hábito de pular refeições e fazer dieta.

Todas estas características associadas com às mudanças da estrutura da família, com a mulher no mercado de trabalho, falta de disponibilidade de alimentos saudáveis em casa, e a ausência de refeições junto à família, demonstram como o processo de mudança de comportamentos alimentares pode ser complexo, e que exige um trabalho de longo-prazo (STORY e col.,2002).

Em um estudo de seguimento de 5 anos com crianças que passavam para a adolescência, LYTLE e col. (2000) verificaram que conforme envelheciam, apresentavam comportamentos alimentares menos saudáveis. Estas alterações poderiam ocorrer em função das mudanças provenientes da puberdade (Ex.maiores autonomia em função da maturidade), da sociedade (Ex.adolescentes vistos como possíveis consumidores) e ambientais (Ex.aumento de consumo de alimentos menos saudáveis na escola).

Por todos estes fatores, o programa de prevenção deveria ter uma maior duração na discussão dos temas voltados à nutrição e alimentação, levando em conta os fatores individuais e ambientais assim como as alterações devem ser avaliadas a longo-prazo.

Os resultados encontrados quanto ao consumo alimentar devem ser interpretados com cautela, em função de erros relacionados aos questionários de frequência alimentar, como a restrição imposta por uma lista fixa de alimentos, memória, percepção das porções e interpretação das perguntas (SLATER e col. 2003). Durante a tabulação dos dados pode-se observar em alguns questionários estes erros, principalmente quanto a percepção das porções, ocorrendo muitas vezes uma superestimação do consumo, o que pode ter influenciado nos valores médios finais, principalmente de energia.

Atividade física

Em relação à atividade física, observou-se que, a maioria das meninas, de ambos os grupos, tinham uma atividade física adequada no início da pesquisa, estando inclusive acima dos valores encontrados em alguns estudos com populações jovens (ANDRADE,2001; MATSUDO e col., 2002; SOUZA e DUARTE,2005).

O grupo experimental aumentou o nível de atividade física ao longo da intervenção, sendo que ao final do programa, todas tinham uma atividade física classificada como ativa ou muito ativa. No grupo controle, observa-se o contrário, houve uma diminuição de meninas muito ativas, e um aumento de meninas irregularmente ativas e sedentárias. Portanto, pode-se dizer que é possível que o programa tenha efeito positivo sobre a prática de atividade física.

LEVINE e SMOLAK (2002) reforçam que meninas que participam de esportes e dança que não enfatizam a magreza costumam ter uma melhor auto-estima e uma imagem corporal mais positiva, ao contrário de atletas e bailarinas de alto nível que costumam sofrer maior pressão pela magreza em função da grande competitividade deste meio.

A atividade física desenvolvida durante o programa foi realizada na forma de dança com base nos princípios de LABAN (1978) citado por

SCARPATO (2001). A metodologia de “LABAN” estuda o movimento humano e seus significados e relações com o meio, resgatando os atos espontâneos pela dança e considerando a rotina de movimentos como restrição à expressividade do homem. Sua proposta de dança não considera apenas a graciosidade, beleza das linhas e leveza dos movimentos, mas a liberdade que possibilita ao homem se expor por seus movimentos e encontrar a auto-suficiência no próprio corpo, e desta forma, se desenvolver emocionalmente, fisicamente e socialmente.

Segundo SCARPATO (2001) a dança na escola vem associada a estilos que exigem uma técnica corporal com movimentos codificados, os quais requerem um ensino pautado em movimentos certos ou errados, dentro de um padrão técnico imposto pelo professor, como o balé clássico, o sapateado e outros. Este tipo de atividade, assim como outras modalidades esportivas, exigem a competitividade, e muitas vezes ocorre um tratamento diferenciado entre os alunos talentosos e os não-talentosos por parte do professor.

O estudo realizado por TRESKA e ROSE Jr (2000) avaliou as diferenças de motivação, quanto à prática de dança pelo método de “LABAN” e de atividades previstas no planejamento das escolas (handebol e ginástica) em meninas de 12 anos. Os autores observaram que as meninas do grupo de dança apresentaram: uma melhora dos estados de ânimo e auto-estima, uma sensibilidade e liberação das emoções, uma relação mais harmônica aluno-professor, satisfação e divertimento com a atividade com liberação de tensões, expressão da personalidade, e por fim a melhora na sociabilidade.

Na avaliação da aceitação das aulas de dança, verificou-se que metade do grupo gostou das aulas. Apesar da falta de parâmetros qualitativos para avaliar as modificações decorrentes da prática de dança durante a pesquisa, pode-se observar alguns dos aspectos positivos encontrados no estudo de TRESKA e ROSE Jr (2000). No início da intervenção as meninas ficaram muito entusiasmadas com o fato de poderem realizar atividades envolvendo música. Ao longo das sessões, observou-se que as mesmas começaram a ficar mais ativas, antes mesmo do início das atividades programadas. Durante as práticas, percebia-se uma descontração e divertimento, assim como uma maior sociabilidade.

A socialização é um dos fatores que podem propiciar envolvimento ou descontinuidade da atividade física, assim como é relevante considerar que a dança propicie positivamente descarga de tensões e situações inovadoras. Portanto, seria interessante que a escola apresentasse estratégias de ensino de prática esportiva voltada ao lúdico, à diversão com fim construtivo, de prazer e auto-realização que podem contribuir para a expressão e estruturação da personalidade (TRESCA e ROSE Jr 2000).

Considerações gerais sobre o estudo

A definição dos locais de estudo interferiu no desenvolvimento do trabalho. Em um primeiro momento, optou-se por realizar os estudos em escolas públicas, no entanto a dificuldade burocrática para ter acesso a estes alunos, assim como a falta de interesse por parte destes em participar da pesquisa, fez com que o local de estudo fosse alterado.

Em uma segunda fase, optou-se por entrar em contato via meio eletrônico com escolas privadas, e apesar do projeto ser considerado interessante e com possíveis repercussões na população a ser estudada, observou-se certa resistência por parte das escolas em aceitar a participação na pesquisa.

A escola em que foi realizado o grupo experimental a princípio foi bem receptiva, no entanto só disponibilizou as alunas próximo ao horário do almoço, após as aulas da manhã, o que acabou restringindo o grupo, pois muitas meninas tinham interesse, mas em função de outras atividades após as aulas, não puderam participar.

Algumas outras dificuldades encontradas, quanto ao uso do espaço oferecido pela escola, e o atraso para iniciar as atividades prejudicaram o andamento de algumas sessões, fatores que podem interferir nos resultados da pesquisa.

A direção da escola do grupo controle teve uma boa aceitação da pesquisa, e mostrou-se muito interessada no tema. A coleta de dados foi realizada durante o horário de aula, mas o tempo foi limitado, e às vezes até

insuficiente, em função do grande número de questionários e uma maior população de estudo. O maior problema foi em relação à coleta da fase 2, pois as atividades escolares do final de semestre, acabaram atrasando em um mês a aplicação dos questionários.

Em função dos aspectos relacionados, a população de estudo foi pequena e insuficiente para avaliar de forma estatisticamente significativa à maioria dos resultados do programa. Por esta razão, os resultados devem ser vistos como preliminares sendo necessário uma futura replicação em populações maiores.

Por outro lado, a intervenção em um grupo maior talvez não trouxesse resultados positivos, pois os adolescentes têm como característica a impaciência para acompanhar atividades e perder facilmente o foco. HENRY e col. (1999) reforçam a necessidade de realização de intervenções em grupos pequenos, por ser um ambiente ideal para troca de idéias e opiniões de forma informal e democrática, o que facilita o processo de aprendizado.

Em relação aos instrumentos utilizados para avaliar as mudanças, a escala de silhuetas, o EAT-26, o SATAQ-3 e o IPAQ foram adequados para a população de estudo, de fácil compreensão e preenchimento rápido. O questionário de frequência alimentar (QFA) foi considerado o mais difícil de preencher e de grande complexidade para as adolescentes, por apresentar um grande número de alimentos e várias opções. Em função dos erros encontrados no momento da tabulação, o QFA não demonstrou ser adequado para avaliar o consumo alimentar real de macronutrientes e principalmente de micronutrientes, assim como a sua mudança ao longo da intervenção.

Portanto, recomenda-se um melhor método de avaliação de consumo alimentar para adolescentes, assim como deve-se considerar a inclusão de questionários que avaliem o conhecimento e comportamentos alimentares em intervenções deste tipo.

Em função de este ser um trabalho pioneiro no País, a repetição em outras escolas com uma amostra maior, como disciplina curricular, pode trazer muitos efeitos positivos na prevenção de comportamentos de TA. O programa SE LIGA na NUTRIÇÃO deve ser voltado a adolescentes do gênero feminino reforçando a necessidade de ser um grupo de risco, pois os efeitos neste tipo

de população são maiores, além de o grupo ter uma maior motivação para participar das sessões (AUGUST e col., 2001).

Nos Estados Unidos, existem vários programas voltados à educação nutricional, e muitos envolvem o currículo escolar, serviços de alimentação na escola, palestras para pais, educação física como pode ser visto na revisão da literatura de HOELSCHER e col. (2002). O programa de educação nutricional “Body Basics” (O’DEA,2002) é um exemplo de intervenção positiva de grande sucesso na Austrália. Ele envolveu a participação dos adolescentes, pais, educadores, profissionais de saúde, a indústria de alimentos e o governo. Programas como estes servem de exemplo para novos tipos de estudo nesta área, pois podem ter grande impacto na nossa sociedade.

A educação nutricional deve envolver o ambiente social e físico no sentido de encorajar o consumo de alimentos saudáveis, seja pela família que deve ter ciência da importância de passar mensagens positivas em relação à alimentação, como pela atuação da escola na forma de políticas de promoção de hábitos alimentares saudáveis (LYTLE e col., 2000).

Alguns autores enfatizam que as intervenções podem ser realizadas com professores treinados e por profissionais, pois os mesmos têm experiência e bom contato com os adolescentes, e podem ajudar da identificação de problemas. Também é importante a participação dos pais, da comunidade local e da diretoria da escola (YAGER e O’DEA,1999; O’DEA,2003; VARNADO-SULLIVAN e ZUCKER, 2004; FAVARO e col., 2005).

Uma outra abordagem promissora seria a elaboração de programas por meio da internet, afinal este meio se tornou uma nova linguagem no meio dos adolescentes ZABINSKI e col. (2001) criaram um programa de prevenção chamado “Student Bodies”, que teve efeito na redução da insatisfação corporal. Nesta intervenção, informações voltadas à preocupação com peso e alimentação foram transmitidas on-line, e discutidas em salas de bate papo.

A forma como a discussão destes temas deve ocorrer também é essencial para a eficiência do programa. A metodologia “empowerment” utilizada neste estudo parece ser a mais adequada, em grupos de risco, e trouxe resultados promissores em alguns estudos. PIRAN (1999), que avaliou o uso desta metodologia em um grupo de bailarinos em três diferentes períodos

ao longo de nove anos observou uma diminuição de 10% dos casos de TA, assim como no uso de métodos compensatórios para perda de peso.

O estudo de STEINER-AIDAR e col. (2002), também trouxe efeitos positivos após a intervenção, que permaneceram após 6 meses, em fatores de risco importantes para os TA. Houve melhora na satisfação corporal, auto-estima, auto-depreciação do corpo, e internalização da magreza.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, alguns movimentos voltados à prevenção primária surgiram. A Campanha pela Real Beleza, desenvolvida pela empresa de cosméticos e alimentos, UNILEVER, é uma campanha global que tem o objetivo de questionar o padrão atual e oferecer uma visão mais saudável e democrática da beleza, e vêm tendo boas repercussões. No entanto, ainda não existem trabalhos científicos que comprovem seu efeito.

Outro trabalho desenvolvido foi a Semana de Conscientização de Transtornos Alimentares (SE DÊ CONTA), realizada pelo Grupo de Estudos em Alimentação e Nutrição (GENTA) em São Paulo, e o Núcleo de Transtornos alimentares e obesidade (NUTTRA) no Rio de Janeiro em 2005, que acontece a muitos anos nos Estados Unidos e Canadá. O evento contou com palestras para pais, professores, universitários e estudantes do ensino médio, em escolas e universidades; palestras para freqüentadores de academias de ginástica e uma atividade ao ar livre, com distribuição de folders, adesivos e brindes para o público.

Ao se tratar da prevenção de doenças mais comuns na adolescência, deve-se considerar que além dos transtornos alimentares, a obesidade tem aumentado muito neste grupo populacional. Segundo NEUMARK-SZTAINER (2005), existe uma preocupação quanto ao fato de que programas de prevenção de obesidade podem levar não intencionalmente aos transtornos alimentares.

Em função desta preocupação algumas novas estratégias vêm sendo desenvolvidas e avaliadas. O programa de HAINES e col. (2004) "Very Important Kids" têm como idéia trabalhar a diminuição da discriminação da obesidade nas escolas, em vista deste comportamento estar associado com controle de peso não saudável e compulsões alimentares. Uma outra intervenção chamada "New Moves" incorporou mensagens normalmente utilizadas na prevenção de TA a um programa direcionado a obesidade, onde

são trabalhadas a auto-estima corpórea em uma sociedade que valoriza a magreza, hábitos não saudáveis de perda de peso, e mudanças de comportamento alimentar e atividade física (NEUMARK-SZTAINER e col., 2003).

Por fim, o estudo de AUSTIN e col. (2005), avaliou o programa de prevenção de obesidade “Planet Health”, que tem por objetivo limitar o tempo de TV, aumentar a atividade física, o consumo de frutas e verduras, e reduzir o consumo de alimentos ricos em gordura, e verificou que este também teve efeito preventivo em comportamentos de TA.

Portanto, os trabalhos futuros na área de prevenção devem envolver a discussão de mudanças no ambiente físico e social, e a identificação de fatores de risco e protetores para os transtornos alimentares e obesidade.

Como pode ser visto neste trabalho a prevenção de TA ainda é muito discutida na literatura. No Brasil tanto a falta de assistência à saúde, e de tratamento adequado para estas doenças, assim como o desconhecimento destas doenças por boa parte da população e por profissionais da saúde, demonstra a necessidade de realização de programas como o “SE LIGA na NUTRIÇÃO”.

Em países como Estados Unidos, Austrália e Canadá, as pesquisas nesta área são bem avançadas, e muitos dos programas já estão incorporados nos currículos das escolas. Um exemplo é o estado da Califórnia nos EUA, onde pode-se observar várias iniciativas realizadas por organizações federais e estaduais, no sentido da educação nutricional de crianças e adolescentes em escolas, comunidades locais, centros esportivos, entre outros. Assim como associações não governamentais como a “Body Positive” (SCOTT e SOBCZAK, 2002), que trabalham com aspectos como a melhora da auto-estima, aceitação do corpo, e desenvolvem materiais educativos e treinamento para realização de programas de prevenção de TA no país.

Iniciativas como estas devem ser cada vez mais estudadas e incorporadas nas escolas de nosso país, pelos efeitos positivos que elas podem trazer as crianças e adolescentes a longo prazo. No entanto pode-se observar que ainda existem muitas barreiras dentro das instituições privadas e públicas para que este tipo de trabalho seja desenvolvido.

A intervenção ideal em escolas seria aquela que têm como fonte de informação profissionais da área da saúde como, o nutricionista, psicólogo e professor de educação física. No entanto, deve-se reforçar que estes precisam ser treinados e orientados quanto à postura em relação às informações que serão passadas às crianças e adolescentes. É essencial que estes profissionais tenham conhecimento do que é um TA, e como deve ser o tratamento, para que não sejam passadas cognições errôneas em relação à alimentação, e atividade física.

Por fim, recomenda-se que os resultados do SE LIGA na NUTRIÇÃO sejam utilizados como fonte de informação para identificação e conduta perante a adolescentes com comportamentos de TA, tanto por profissionais da área da saúde, como por diretores e professores de escolas.

7) Conclusões:

- A população de estudo constituiu-se de adolescentes de 12 a 14 anos, sendo que a o grupo controle tinha em média um ano a mais que o grupo experimental, diferença que não interferiu na análise dos resultados.
- A maioria das adolescentes apresentou-se eutrófica ao longo da intervenção, apesar do grupo experimental pesar e ter uma estatura maior que o grupo controle. No grupo experimental houve um aumento de 12% para 30% para sobrepeso/obesidade, enquanto no grupo controle não ocorreu alterações ao longo do estudo.
- O grupo experimental apresentou escore inicial mediano no EAT-26 maior que o grupo controle, no entanto houve uma redução nos dois grupos na fase 1 e manutenção na fase 2. Tanto no escore total e na subescala de dieta o grupo experimental teve uma redução maior mas não significativa comparado com o grupo controle.
- O número de meninas do grupo experimental que superestimavam o peso foi maior que o grupo controle na fase inicial. Na fase 1 houve uma diminuição destas meninas e na fase 2 os valores aumentaram novamente. Ao avaliar a percepção do desejável, observa-se no grupo experimental, que houve uma redução na insatisfação corporal na fase 1, mas um aumento na fase 2. Quanto a percepção do saudável, verifica-se que houve uma diminuição da insatisfação corporal após a intervenção, que se manteve após os quatro meses. No grupo controle as duas percepções apresentaram valores constantes e o número de meninas que superestimavam o peso diminuiu ao longo da intervenção.

- Os valores da escala total e da subescala de informação do SATAQ-3 foi significativamente maior no grupo experimental na fase 0, e teve uma redução significativa na fase 2 comparada com o grupo controle.
- O consumo energético na maioria dos dois grupos foi considerado inadequado, ou seja, abaixo do recomendado, e diminuiu de forma significativa ao longo da intervenção. Considerando os macronutrientes, verificou-se que não houve diferença quanto ao consumo de proteína entre os grupos. No entanto, verificou-se no grupo controle um consumo significativo maior de carboidratos e menor de lipídeos comparado com o grupo experimental, ao longo da intervenção. Na avaliação dos micronutrientes, observou-se que o consumo de cálcio esteve inadequado nos dois grupos e teve uma redução significativa, e o de ferro teve uma diminuição significativa ao longo da intervenção.
- Em relação à atividade física a maioria dos dois grupos foi considerado ativo ou muito ativo. O número de meninas ativas e muito ativas aumentou no grupo experimental e diminuiu no grupo controle.
- Em relação à avaliação do programa, observou-se que 80% das sessões tiveram uma boa aceitação pelo grupo experimental. A maioria teve suas expectativas atingidas, e sugerem a incorporação do programa ao currículo escolar.

8) Referências Bibliográficas

Abascal L, Brown JB, Winzelberg AJ, Dev P, Taylor CB. Combining Universal and Targeted Prevention for School-Based Eating Disorder Programs. **Int J Eat Disord**. 2004; 35:1–9.

Abraham S, O'Dea JA. Body Mass Index, Menarche, and Perception of Dieting Among Peripubertal Adolescent Females. **Int J Eat Disord**. 2001; 29:23–28.

Anderson JW, Konz EC, Jenkins DJA. Health Advantages and Disadvantages of Weight-Reducing Diets: A Computer Analysis and Critical Review. **J Am Coll Nutr**. 2000; 19(5): 578–590.

Andrade EL. **Atividade física, aptidão física, consumo alimentar e maturação sexual em adolescentes de uma escola pública de Ilhabela**. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Albano RD, Souza SB. Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. **J pediatr. (Rio de J)**. 2001; 77:512-516.

Alvarenga M, Dunker KLL. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: Philippi ST, Alvarenga M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. São Paulo: Manole, 2004. p.131-148.

August GJ, Realmuto GM, Hektner JM, Bloomquist ML. An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The early risers program. **J Consult and Clin Psych**. 2001; 69: 614-626.

Austin SB. Prevention research in eating disorders: theory and new directions. **Psych Med**. 2000; 30: 1249-1262.

Austin SB, Field AE, Wiecha J, Peterson KE, Gortmaker SL The impact of a school-based obesity prevention trial on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. **Arch Ped Adolesc Med**. 2005; 159:225-230.

Baranowski MJ, Hetherington MM. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. **Int J Eat Disord**. 2001; 29:119-124.

Baric IC, Cvjetic S, Satalic Z. Dietary intakes among Croatian schoolchildren and adolescents. **Nutr Health**. 2001; 15:127-38.

Bartrina JÁ. Educación nutricional. In: **Nutrición comunitária** [snt] pg. 337.

Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad Saúde Pública**. 2003; 19:S181-S191.

Battle EK, Brownell KD. Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: treatment vs. prevention and policy. **Addictive Behavior**. 1996; 21:755-765.

Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. **British J Psych**. 2002; 180:509–514.

Bighetti F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto- SP**. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003.

Borresen R, Rosenvinge JH. Body dissatisfaction and dieting in 4,952 Norwegian children aged 11-15 years: less evidence for gender and age differences. **Eat Weight Disord.** 2003; 8:238-41.

Bussab WO, Morettin PA. Estatística Básica. 5ªed. São Paulo: Editora Saraiva; 2003.

California Adolescent Nutrition and Fitness Program (CANFIT). **Canfit regional Training Manual**, 2000.

Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good ?. **Int J Eat Disord.** 1997; 22:167-172.

Castro JM, Goldenstein S. Eating Attitudes and behaviors of pre- and postpubertal females: clues to the etiology of eating disorders. **Physiology & Behavior.** 1995; 58: 15-23.

Chow J. Adolescents' perceptions of popular teen magazines. **J Adv Nurs.** 2004;48:132-9.

Christian SS. **Working with groups to explore food & body connections**, Michigan: Whole Person Associates Inc, 1996.

Collins ME. Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. **Int J Eat Disord.** 1991; 10:199-208.

Conti MA. **Imagem corporal e estado nutricional de estudantes de uma escola particular.** [Dissertação de mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Cordas TA. Transtornos Alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev Psiquiatria Clínica**. 2004; 31:154-157.

Decarli B, Cavadini C, Grin J, Blondel-Lubrano A, Narring F, Michaud PA. Food and nutrient intakes in a group of 11 to 16 year old Swiss teenagers. **Int J Vitam Nutr Res**. 2000; 70:139-47.

Dove (UNILEVER) [homepage na internet]. **Campanha pela real beleza**. Disponível em: <http://www.campanhapelarealbeleza.com.br>

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais**. 4^a ed. Porto Alegre: Ed.Artes Médicas, 1995.

Dunker KLL, Philippi ST. Avaliação do estado nutricional e percepção corpórea de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Pediatria Moderna** 2003; 39:12-16.

Dunkey TL, Wertheim EH, Paxton SJ. Examination of a model of multi sociocultural influences on adolescent girls` body dissatisfaction and dietary restraint. **Adolescence**. 2001; 36: 265-279.

Durkin SJ, Paxton SJ, Wertheim EH. How do adolescent girls evaluate body dissatisfaction prevention messages ?. **J Adolesc Health**. 2005; 37:381-390.

Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W. Ten year follow up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. **Psychol Med**. 1995; 25:143-156.

Favaro A, Zanetti T, Huon G, Santonastaso P. Engaging teachers in an Eating Disorder Preventive Intervention. **Int J Eat Disord**. 2005; 38:73-77.

Feijó RB et al. Estudo de hábitos alimentares em uma amostra de estudantes secundaristas de Porto Alegre. **Pediatria (São Paulo)** 1997; 19:257-262.

Ferriani MGC, Dechen S, Dias TS, Iossi MA. A percepção de saúde para adolescentes obesos. **Rev Bras Enfermagem**. 2000; 53:537-543.

Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Colditz GA. Relation of Peer and Media Influences to the Development of Purging Behaviors Among Preadolescent and Adolescent Girls. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 1999;153:1184-1189.

Fischer JO, Birch LL. Early experience with food and eating: implications for the development of eating disorders. In: Thompson JK, Smolak L. **Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and treatment**. Baltimore: United Book Press; 2001. p.23-40.

Fleitlich BW. O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares. **Pediatria Moderna**. 1997; 33: 56-62.

Gama CM. **Consumo alimentar e estado nutricional de adolescentes matriculados em escolas da rede particular e estadual do bairro de Vila Mariana**. [Tese de doutorado] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

Garcia GCB; Gambardella AMD; Frutuoso MFP. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. **Rev nutr**. 2003; 16:41-50.

Gardner RM. Assessment of body image disturbance in children and adolescents. In: Thompson JK, Smolak L. **Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and treatment**. Baltimore:United Book Press;2001 p.193-213.

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. **Psychol Med** 1982; 12: 871-878.

Grupo de Estudos em Nutrição e Transtornos Alimentares (GENTA) [Homepage na internet]. **Semana de Conscientização dos Transtornos Alimentares**. 2005. Disponível em: <http://www.genta.com.br>.

Haines J, Neumark-Sztainer D, Thiel LVIK (Very Important Kids): development of a school-based intervention to prevent weight-related disorders. Paper presented at the Academy for Eating Disorders International Conference on eating Disorders, Orlando,FL. (2004, abril)

Halvarsson K, Lunner K, Westerberg J, Anteson F, Sjoden PO. A longitudinal study of the development of dieting among 7-17-year-old Swedish girls. **Int J Eat Disord**. 2002;31:32-42.

Hay PJ. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Rev Bras Psiquiatr**. 2002; 24:13-7

Henry CJ, Garcia AC. Teaching nutrition to a multidisciplinary classroom: use of small-group discussion. **J Nutrition Education**. 1999; 31: 285-286.

Hoelscher DM, Evans A, Parcel GS, Kelder SH. Designing effective nutrition interventions for adolescents. **J Am Diet Association**. 2002; 102:S52-S63.

Hsu LKG. Can dieting cause an eating disorder ? **Psychol Med**. 1997; 27:509-513.

Institute of Medicine. **Dietary Reference Intake for energy, carbohydrates, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and aminoacids**. Food and Nutrition Board. Washington, DC: National Academy Press; 2002.

James DCS, Rienzo BA, Frazee C. Using focus groups to develop a nutrition education video for high school students. **J Sch Health**. 1997; 67: 376-379.

Jones JM, Benett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. **CMAJ** 2001; 165: 547-552.

Kater KJ, Rohwer J, Levine MP. An elementary school project for developing healthy body image and reducing risk factors for unhealthy and disordered eating. **Eating Disorders**. 2000; 8:3-16.

Kazapi IM, Di Pietro PF, Avancini SRP, Freitas SFT, Tramonte VLCG. Consumo de energia e macronutrientes por adolescentes de escolas públicas e privadas. **Rev Nutr**.2001; 14: 27-33.

Kilpatrick M, Ohannessian C, Bartholomew JB. Adolescent Weight Management and Perceptions: An Analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. **J Sch Health**. 1999; 69:148-52.

King N, Touyz S, Charles M. The effect of body dissatisfaction on women's perceptions of female celebrities. **Int J Eat Disord**.2000; 27:341-347.

Krowchuck DP, Kreiter SR, Woods CR, Sinal SH, Durant RH. Problem dieting behaviors among young adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med** 1998; 152:884-888.

LABAN R. **Domínio do movimento**. São Paulo: Summus, 1978.

Lerner BR, Lei DLM, Chaves SP, Freire RD. O cálculo consumido por adolescentes de escolas públicas de Osasco, São Paulo. **Rev Nutr.** 2000;13:57-63.

Levine P, Piran N. The role of body image in the prevention of eating disorders. **Body Image.** 2004; 1:57–70.

Levine MP, Smolak L. Primary prevention of body image disturbances and disordered eating in childhood and early adolescence. In: Thompson JK, Smolak L. **Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and treatment.** Baltimore:United Book Press, 2001, p.23-40.

Levine MP, Smolak L. Body image development in adolescence. In: Cash TF, Pruzinsky T. **Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice.** New York: The Guilford Press,2002, p.74-82.

Lieberman M, Gauvin L, Bukowski WM, White DR. Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls. The role of peer modeling, social reinforcement, and body-related teasing. **Eating Behaviors.** 2001; 2:215–236.

Littleton HL, Ollendick T. Negative Body Image and Disordered Eating Behavior in Children and Adolescents: What Places Youth at Risk and How Can These Problems Be Prevented? **Clin Child Fam Psych Rev.** 2003; 6:51-66.

Lytle LA, Seifert S, Greenstein J, McGovern P. How do children's eating patterns and food choices change over time ? Results from a cohort study. **Am J Health Promot.** 2000;14:222-228.

Mann T, Nolen-Hoeksema S, Huang K, Burgard D, Wright A, Hanson K. Are two interventions worse than none ? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. **Health Psychology**. 1997; 16: 215-225.

Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Ativ Fís & Saúde**. 2001; 6:5-18.

Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, Braggion G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev Bras Ciên e Mov**. 2002; 10: 41-50.

McVey GL, Davis R, Tweed S, Shaw BF. Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: a replication study. **Int J Eat Disord**. 2004;36:1-11.

Moya S, Mary Z; Bauce G; Mata ME, Elizabeth Consumo energético de macronutrientes en niños y adolescentes de Caracas de 4 a 17 años. **An Venez Nutr**. 2000;13:101-107.

Must A, Dalla GE, Dietz WH. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index and triceps skinfold thickness. **Am J Clin Nutr** 1991; 53:839-46.

Must A, Phillips SM, Stunkard AJ, Naumova EN. Expert opinion on body mass Index percentiles for figure drawings at menarche. **Int J Obesity**. 2002; 26:876-879.

Neumark-Sztainer D. School-based programs for preventing eating disturbances. **J Sch Health**. 1996; 66: 64-71.

Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick MD, Blum RW. Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey. **J Am Diet Assoc**. 1998; 98:1449-1456.

Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C, Casey MA. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. **J Am Diet Assoc**. 1999; 99: 929-934.

Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T, Hannan PJ. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. **J Am Diet Assoc**. 2000;100:1466-1473.

Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Rex J. New Moves: A school-based obesity prevention program for adolescent girls. **Preventive Medicine**. 2003; 37:41-51.

Neumark-Sztainer D. Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents ? **Int J Eat Disorder**. 2005; 38:220-227.

Novaes JF, Franceschini SCC, Priore SE. Utilização de dietas e consumo de alimentos diet e light entre adolescentes de escola privada do município de Viçosa-MG. **Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr**. 2004; 28:25-35.

Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Rev Bras Psiquiatr**. 2001; 23:21-27.

Nuzzo L. **Avaliação do estado nutricional de adolescentes de uma instituição articular de ensino.** [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.

O'Dea JA, Abraham S, Heard R. Food habits, body image and weight control practices of young male and female adolescents. **Australian J Nutr Dietetics.** 1996; 53:32-38.

O'Dea JA, Abraham S. Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight and age. **Adolescence.** 1999; 34:671-679.

O'Dea JA, Abraham S. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. **Int J Eat Disord.** 2000; 28: 43–57.

O'Dea J, Maloney D. Preventing eating and body image problems in children and adolescents using the health promoting schools framework. **J Sch Health.** 2000; 70:18-21.

O'Dea J. Body Basics: a nutrition education program for adolescents about food, nutrition, growth, body image, and weight control. **J Am Diet Assoc.** 2002; 102: S68-S70.

O'Dea JA. Suggested activities to address body image issues, eating problems and child obesity prevention in school environments. **J HEIA.** 2003; 10:2-12.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Ed.Artes.Médicas, 1993.

Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. **BMJ** 1999; 318: 765–768.

Philippi ST, Szarfarc SC, Latterza AR. **VIRTUAL NUTRI** [Programa de Computador]. São Paulo: 1996.

Phiper, M. Hunger pains: the modern woman's tragic quest for thinness. First Ballantine Books Edition: New York, 1997. In: Storper B & Foodplay Productions. **This is your life ! Teacher's activity guide book for comprehensive health education**. Foodplay Productions.1999.

Piran N. Eating disorders: A trial of prevention in a high risk school setting. **J Primary Prevention**. 1999; 20:75-90.

Pritchard ME, King SI, Czajka-narins DM. Adolescent body mass indices and self-perception. **Adolescence**. 1997; 32:863-80.

Ribeiro RPP, Santos PCM, Santos JE. Distúrbios da conduta Alimentar : anorexia e bulimia nervosas. **Medicina (Ribeirão Preto)**. 1998; 31: 45-53.

Ribeiro RPP. **Indicadores de hábitos dietéticos e aspectos cognitivos e comportamentais relacionados aos distúrbios de conduta alimentar em adolescentes do sexo feminino**. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1999.

Rolland-Cachera MF, Bellisle F, Deheeger M. Nutritional status and food intake in adolescents living in Western Europe. **Eur J Clin Nutr**. 2000; 54:S41-6.

Rosen DS, Neumark-Sztainer D. Review of options for primary prevention of eating disturbances among adolescents. **J Adolesc Health** 1998; 23:354-363.

Sampei MA. **Antropometria e composição corporal em adolescentes nipônicas e não nipônicas da rede escolar privada de São Paulo: comparação étnica e análises de distúrbios alimentares, imagem corporal e atividade física.** [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001

Santonastaso P, Zanetti T, Ferrara S, Olivotto MC, Magnavita N, Favaro. A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. **Psychother Psychosom.** 1999; 68:46-50.

Satter E. "How to get your kid to eat but not too much" In: Storper B & Foodplay Productions. **This is your life ! Teacher's activity guide book for comprehensive health education.** Foodplay Productions.1999.

Scagliusi FB, Alvarenga M, Polacow VO, Cordás TA, Queiroz GKO, Coelho D, Philippi ST, Lancha Jr AH. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's Figure Rating Scale adapted into Portuguese. **Appetite** (no prelo) 2006.

Scarpato MT. Dança educativa: um fato em escolas de São Paulo. **Cadernos Cedes.** 2001; 53: 57-68.

Scott E, Sobczak. **Body aloud: helping children and teens find their own solutions to eating and body image problems.** California: The Body Positive, 2002.

Shisslak CM, Crago M. Risk and protective factors in the development of eating disorders. In: Thompson JK, Smolak L. **Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and treatment.** Baltimore: United Book Press, 2001, p.23-40.

Slater B, Philippi ST, Marchioni DML, Fisberg RM. Validação de questionários de frequência alimentar – QFA: considerações metodológicas. **Rev Bras Epidemiol.** 2003; 6:200-208.

Smolak L, Levine MP, Schermer F. A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. **J Psychosomatic Research** 1998; 44: 339-353.

Steiner-Aidar C, Sjostrom L, Franko DL, Pai S, Tucker R, Becker AE, Herzog DB. Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescents girls: learning from practice. **Int J Eat Disord.** 2002; 32:401-411.

Stewart DA, Carter JC, Drinkwater J, Hainsworth J, Fairburn CG. Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: a controlled study. **Int J Eat Disord.** 2001; 29:107-118.

Stice E, Mazotti L, Weibel D, Agras WS. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. **Int J Eat Disord.** 2000; 27:206-217.

Story M, Neumark-Sztainer D, Ireland M, Evans T. Adolescent health and nutrition: A survey of perceived knowledge and skill competencies and training interests among dietitians working with youth. **J Am Diet Assoc.** 2000; 100: 362-364.

Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. **J Am Diet Assoc.** 2002; 102:S40-S51.

Stunkard, A. Old and new scales for the assessment of body image. **Perceptual and Motor Skills.** 2000; 90: 930.

Souza GS, Duarte MFS. Estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte** 2005; 11: 104-108.

Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Field AE, Frazier AL, Colditz GA, Gillman MW. The influence of wanting to look like media figures on adolescent physical activity. **J Adolesc Health.** 2004; 35:41-50.

Taylor CB; Sharpe T; Shisslak C; Bryson S; Estes LS; Gray N; McKnight KM; Crago M; Kraemer HC; Killen JD. Factors associated with weight concerns in adolescent girls. **Int J Eat Disord.** 1998; 24:31-42.

THE BODY POSITIVE. **Body Talk 1: Teens talk about their bodies, eating disorders and Activism (video)**, 1999. Adaptado e traduzido por Dunker KLL e Schwartzman F.

Thompson JK, Dolce JJ. The discrepancy between emotional vs. rational estimates of body size, actual size, and ideal body ratings: theoretical and clinical implications. **J Clin Psych.** 1989; 45:473-478.

Thompson JK, Berg PVD, Roehrig M, Guarda AS, Heinber LJ. The sociocultural attitudes towards appearance sclae-3 (SATAQ-3): Development and Validation. **Int J Eat Disord**. 2004; 35:293-304.

Tresca RP, Rose Jr D. Estudo comparativo da motivação intrínseca em escolares praticantes e não praticantes de dança. **Rev Bras Ciên e Mov**. 2000; 8:9–13.

Varnado-Sullivan PJ, Zucker N. The Body Logic Program for Adolescents: A Treatment Manual for the Prevention of Eating Disorders. **Behavior Modification**. 2004; 28:854-875.

Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM Transtornos alimentares em escolares. **J Pediatr (Rio J)**. 2004;80:49-54.

Villar BS. **Desenvolvimento e validação de um questionário semi-quantitativo de frequência alimentar para adolescentes**. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Wade TD, Davidson S, O´Dea JA. A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. **Int J Eat Disorder**. 2003; 33:371-383.

Wertheim EH, Paxton SJ. Schutz HK, Muir SL. Why do adolescent girls watch their weight ? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. **J Psychosomatic Res**. 1997; 42: 345-355.

Williams JM, Currie C. Self-esteem and physical development in early adolescence: Pubertal timing and body image. **J of Early Adolescence**. 2000; 20:129–149.

Winer BJ. (1971). **Statistical Principles in Experimental Design**. New York: McGraw-Hill. 907p.

Wiseman CV, Sunday SR, Becker AE. Impact of the media on adolescent body image. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**. 2005; 14:453-71.

World Health Organization. **The use and interpretation of anthropometry physical status**. Geneva: Report of a WHO study group. 1995. (Technical Report Series 854).

World Health Organization. **Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases**. Geneva: Report of a WHO study group. 2003. (Technical Report Series 916).

Yager Z, O'Dea JA. The Role of Teachers and Other Educators in the Prevention of Eating Disorders and Child Obesity: What Are the Issues? **J Sch Health**. 1999; 66: 64–71.

Zabinski MF, Wilfley DE, Pung MA, Winzelberg AJ, Eldredge K, Taylor CB. An interactive Internet-Based Intervention for women at risk of eating disorders: a pilot study. **Int J Eat Disord**. 2001; 30:129-137.

Ziwian ZLJ. Educação nutricional na adolescência: importância do comportamento alimentar na busca da saúde perfeita. **Hig Aliment**. 1999; 13:85-7.

Anexo 1 – Programa de Prevenção

Sessão 1 – Coleta de pré-dados e interação com o grupo

Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
Apresentação do grupo	Perguntar: nome, apelido, origem da família, com quem se parece, o que mais gosta de fazer, uma qualidade pessoal, o que espera do grupo, e as dúvidas mais frequentes em relação a temática do grupo.	15 minutos
Atividade 2	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
Meu problema é... (CHRISTIAN 1996) <u>Objetivo:</u> Expressar os problemas pessoais com comida e corpo	Após as adolescentes descreverem o interesse na realização do grupo, questionar elas a refletirem sobre o que as trouxeram para esse grupo e descrever característica pessoal positiva. Distribuir um papel branco e dar instruções para a auto-avaliação, completando a sentença O meu problema é ...com a descrição de suas preocupações com comida, peso, boa forma e imagem corporal. Pedir à elas que devolvam os depoimentos <u>Materiais necessários para essa aula:</u> folhas sulfite	15 minutos
Atividade 3	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
	Pedir as alunas para preencher os questionários, e medir peso e estatura.	30 minutos
Finalização	Perguntar à elas no que elas esperam que o programa vai ajudá-las ? (Anotar as respostas)	

Sessão 2 – Normas sócio culturais e padrões de beleza (estereótipos da mídia)

Objetivos Cognitivos (Informação real)		
As alunas vão entender a forte influência da mídia nos padrões de beleza		
Objetivos Afetivos (atitudes, opiniões)		
Elas vão acreditar que é difícil encontrar alguém na mídia que se pareçam com elas		
Objetivos Comportamentais (ações que serão tomadas)		
Elas vão começar a ser mais críticas sobre as mensagens da mídia		
Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
CANFIT (2000)	<p>- Dividir as alunas em pequenos grupos. Distribuir revistas, e pedir para elas olharem as revistas tentando encontrar uma figura de alguém que se pareça com elas e uma figura de alguém com quem elas gostariam de se parecer.</p> <p>- Questionar elas se foi fácil ou não achar alguém parecido com elas e quais as qualidades que elas buscaram na pessoa que elas gostariam de parecer. Perceba a diversidade nas figuras que elas escolheram e se há alguma ênfase nas características externas vs internas.</p> <p>- Encorajar as alunas a pensarem sobre as qualidades internas que podem fazer parte do desenvolvimento das qualidades externas. Ex. Um corpo atlético só é possível com disciplina e determinação</p> <p>- Discutir as questões:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Você acha que a sociedade coloca muita ênfase na aparência física ? 2) Você acha que a aparência externa de alguém determina o seu valor como pessoa ? 3) Existem diferentes ideais de padrão de beleza e corpo entre os sexos ? 4) O que as pessoas jovens podem fazer para promover mensagens positivas sobre todas as diversidades de corpos e formas ? <p>- Nos mesmos grupos, pedir a elas que criem uma mensagem para mídia ou um slogan de propaganda que promova a aceitação corporal, e tornem essa mensagem visível na sua escola (ex: pendurar os cartazes nos murais da escola com sua mensagem). Promova a idéia de que a beleza existe em todos os tamanhos, formas, cor e idade.</p> <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> revistas de dieta, moda, fitness; cola; canetas coloridas; tesouras, cartolinas</p>	50 minutos
Atividade 2	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
	Perguntar à elas sobre sua atividade física favorita. Pedir que elas tragam um cd ou fita de música preferida, na próxima aula.	

Sessão 3 – Normas sócio culturais e padrões de beleza (pressão pela magreza)

Objetivos cognitivos (Informação real)		
As alunas vão aprender sobre a discriminação de pessoas gordas		
Objetivos afetivos (Atitudes, opiniões)		
Elas vão acreditar que é possível pensar diferente em situações de discriminação de corporal		
Objetivos comportamentais (Ações que serão tomadas)		
Elas vão começar a imaginar respostas positivas em situações de discriminação corporal		
Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
Chance aos obesos (CHRISTIAN 1996)	<ul style="list-style-type: none"> - Começar com uma fala sobre a necessidade de parar todas as formas de discriminação na nossa sociedade - Distribuir os cenários “Chance aos obesos” e explicar que as alunas terão a oportunidade de mudar as situações negativas de discriminação corporal para situações de auto-afirmação corporal. Demonstrar o processo utilizando o cenário #1. Ler a situação e solicitar as possíveis respostas do grupo. <p>Ex. Procurar distinguir respostas negativas das respostas positivas. Alguns exemplos de respostas positivas: Eu sou feliz com meu corpo do jeito que ele é Eu sei que você quer meu bem, mas dói quando você sugere que eu tenho que perder peso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convidar o grupo para lembrar de outras situações de discriminação corporal utilizando suas próprias experiências ou observações de discriminação. Escrever uma breve descrição da situação - Dividir as alunas em pequenos grupos de 3-4 pessoas, e desafiar cada grupo a praticar a mudança de uma situação de discriminação para uma de aceitação do corpo. - Escolher uma pessoa para anotar as idéias do grupo no papel “Chance dos obesos” - Pedir para elas selecionem uma das situações de suas próprias experiências - Pedir a elas que gerem idéias para as respostas ao cenário escolhido, exagerando nas respostas, dando-se a permissão de dar respostas audaciosas, engraçadas, sinceras, ou seja, diferente de suas reações típicas a esse tipo de situação. - Sugerir que elas tentem pensar em respostas positivas de auto-afirmação que podem tanto desafiar estereótipos de tamanho corporal como também celebrar a diversidade das pessoas (Ex. Eu estou feliz que somos de tamanhos diferentes, pense como seria chato se todos nós fossemos iguais) <p>(O grupo tem 5 minutos para gerar suas idéias e escolher a sua favorita para mostrar aos outros grupos em 1 minuto)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir para cada grupo encenar a situação, ensaiando uma ou duas vezes antes para se sentirem mais confortáveis. - Começar as apresentações, encorajando os aplausos. - Depois de todas as apresentações, pedir para cada relator do grupo para ler as outras respostas desenvolvidas pelo grupo. Encorajar as outras alunas a anotarem outras idéias - Concluir com uma breve fala para encorajar as alunas a tentar utilizar falas que apelam para o senso de humor <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> Cenários “Chance aos gordos”</p>	40 minutos

Atividade 2	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
Atividade Física	Encorajar a dança com música do cd que elas trouxeram.	20 minutos

CHANCE AOS OBESOS

#1 Você sai para caminhar e passa na frente de um grupo de pessoas que fazem um comentário maldoso sobre seu peso. Como você reage a essa situação?

#2 Você está com suas amigas e a conversa começa a girar em torno de outra amiga que perdeu peso. Elas se entusiasmam quanto a nova aparência desta pessoa. Mas você, por outro lado, não perdeu peso. Como você reage a essa situação?

#3 Você está almoçando com sua mãe e decide pedir um doce de sobremesa. Ela lembra que você não deveria comer isso. Como você reage a essa situação?

#4 Você está em um encontro familiar quando algum de seus familiares fala que você ganhou peso. Como você reage a essa situação?

Possíveis respostas

Cenário # _____

Sessão 4 – Desenvolvendo uma auto-imagem positiva e alta auto-estima

OBJETIVOS EDUCACIONAIS

Objetivos Cognitivos (Informação real)		
As alunas vão aprender o que é imagem corporal		
Objetivos Afetivos (Atitudes, opiniões)		
Elas vão pensar sobre os fatores que influenciam sua satisfação corporal		
Objetivos Comportamentais (Ações que serão tomadas)		
Elas vão começar a pensar sobre sua relação com o próprio corpo		
Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
SCOTT & SOBCZAK (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar o vídeo: A fala do corpo: a mensagem (THE BODY POSITIVE, 1999) - Discutir sobre o que é imagem corporal - Discutir como as mensagens que você recebe sobre corpo e alimentação através da mídia, família, amigos e escola, afetam a sua imagem corporal. - Mostrar o vídeo “A fala do corpo”: o que fazemos com a mensagem - Pedir a elas para fazerem uma lista de comentários que tenham feito sobre seus corpos mentalmente e verbalmente desde que acordaram hoje de manhã. Qual o tom de seu diálogo interno? Procurando identificar as fontes de qualquer comentário negativo. <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> vídeo cassete, Televisão, Vídeo a Fala do Corpo.</p>	40 minutos
Atividade 2	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
Aula de dança	<p>Dança Indígena Brasileira Percepção dos pés e pernas</p> <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> aparelho de música; cd de música, bambu</p>	20 minutos

Sessão 5 – Desenvolvendo uma auto-imagem positiva e auto-estima

Objetivos Cognitivos (Informação real)		
As alunas vão aprender como resistir a essas mensagens negativas sobre seus corpos		
Objetivos Afetivos (atitudes, opiniões)		
Elas vão acreditar que podem mudar a forma como elas falam de si mesmas		
Objetivos Comportamentais (ações que serão tomadas)		
Elas vão começar a desenvolver e aceitar uma imagem corporal positiva		
Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
SCOTT & SOBCZAK (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar o vídeo “A fala do corpo”: resistência e mudança (THE BODY POSITIVE, 1999) - Discutir sobre como você se sentiria se você realmente amasse seu corpo, mesmo com todas as imperfeições ? O que você se sentiria livre para fazer se você aceitasse seu corpo ? - Pedir a elas para desenvolver estratégias para resistir a essas mensagens (Ex. Por uma semana não leia revistas de moda e dietas, ou quando seus amigos falarem negativamente sobre seus corpos, tente mudar a conversa para algo que não tenha a ver com a forma com que você parece) Perceba se isso faz diferença na forma que você sente e percebe seu corpo. - Ler as sugestões para você se sentir bem com seu corpo <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> vídeo cassete ou dvd, bodytalk vídeo e TV, Folheto com sugestões para você se sentir bem com seu corpo</p>	40 minutos
Atividade 2	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
Aula de dança	<p>Dança do Ventre Percepção da pelve</p> <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> aparelho de música; cd de música, bolinhas de tênis</p>	20 minutos

SUGESTÕES PARA VOCÊ SE SENTIR BEM COM SEU CORPO (PHIPER 1999)

1. Quando você se olhar no espelho, procure observar e lembrar a si mesma do que você gosta na sua aparência. Isso pode exigir tempo e prática.
2. Quando você notar que está sendo crítica com sua aparência no espelho, procure ser forte e dizer firmemente: “Corpo, você é só meu. Eu gosto de você!”.
3. Quebre o hábito de se comparar com os outros em termos de aparência.
4. Não critique ou faça comentários relacionados somente ao que é aceito pela moda.
5. Quando você se encontra com os outros, procure focalizar se em algo que não esteja relacionado a sua aparência. Tente ser uma pessoa interessante, educada, bem humorada, boa ouvinte e segura.
6. Preste atenção na forma como a descrição da mulher na mídia influencia sua auto-imagem, e fique longe da mídia que faz você se sentir mal sobre seu corpo e aparência.
7. Aprenda a dar valor a si mesma por outras coisas que não estejam relacionadas a sua aparência. Perceba suas realizações e sucessos e lembre-se deles com frequência.
8. Desenvolva outros interesses que não estejam relacionados a sua aparência. Focalize-se em suas habilidades ou atividades que não têm nada a ver com sua aparência.

Sessão 6 – Fatores que interferem no crescimento (hereditariedade e tamanho corporal)

Objetivos Cognitivos (Informação real)		
As alunas vão aprender sobre os fatores que afetam o desenvolvimento do corpo		
Objetivos Afetivos (atitudes, opiniões)		
Elas vão acreditar que a genética têm grande influência no tamanho do corpo		
Objetivos Comportamentais (ações que serão tomadas)		
Elas vão começar a pensar que não podem mudar seus corpos		
Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
CANFIT (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir sobre o papel que a genética têm na determinação da aparência física - Passar cópias do papel “O que faz eu ser eu mesma?”. - Pedir às alunas para buscar idéias e anotar as respostas para as 5 questões - Pedir às alunas para discutir algumas das diferenças que elas notaram entre si mesmas e seus pais. - Questionar elas porque elas pensam que as diferenças existem. - Discutir as características das alunas encontradas que elas admiram em si mesmas e por que (Perceba as características físicas e externas e a diversidade de respostas). - Discutir sobre o IMC (curvas de crescimento individualizada com a classificação) <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> Cópias do questionário “O que faz eu ser eu mesma?”</p>	40 minutos
Atividade 2	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
Aula de dança	<p>Dança do Ventre</p> <p>Percepção do tronco, ombros, braços, pescoço e cabeça.</p> <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> aparelho de música; cd de música, bambu, bolinhas de tênis.</p>	20 minutos

O QUE FAZ EU SER EU MESMA ?

1. Quais são as características externas (físicas) que você vê nos seus pais ? (Exemplos: alto ou baixo, cabelos enrolados ou lisos, cor dos olhos, corpo musculoso ou não, etc.)

2. Quais são as características internas (personalidade) você vê nos seus pais ? (Exemplos: engraçado, tímido, extrovertido, honesto, inteligente, trabalhador, bom atleta, talento musical, etc.)

3. Quais são as características que você têm em comum com seus pais ?

6. Coloque 4 características que você têm e que fazem você se sentir diferente de seus pais.

5. Coloque 4 características que você admira em você mesma.

Sessão 7- Dietas da moda

Objetivos Cognitivos (Informação real)		
As alunas vão aprender sobre os efeitos das dietas da moda na perda de peso.		
Objetivos Afetivos (atitudes, opiniões)		
Elas vão acreditar que as dietas da moda não funcionam		
Objetivos Comportamentais (ações que serão tomadas)		
Elas vão começar a ser mais críticas sobre fazer dietas da moda		
Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
CHRISTIAN (1996), SCOTT & SOBCZAK (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Começar com uma definição do termo “fazer dietas” - Convidar as alunas a fazerem uma lista de todas as dietas que elas já tentaram fazer ou algum amigo ou família tentou, incluindo programas de atividade física e outros métodos de perda de peso (ex. medicação, laxantes, diuréticos, etc.) Colocar em um papel todas as idéias geradas. - Perguntar se alguém quer compartilhar detalhes intrigantes de algumas dietas. Se necessário, dê sugestões (Ex. Vigilantes do peso, dieta do Atkins, herbalife, etc.) - Observar que existem mais de 30.000 dietas nos Estados Unidos, e Brasil, o que não surpreende que tantas pessoas já tenham tentado muitas delas. - Entregar o questionário “Dietas que eu conheço” e pedir que cada aluna reflita sobre sua história pessoal de dietas. - Pedir à elas que calculem a quantidade de dinheiro e tempo que elas gastaram nas últimas semanas com revistas de moda e dietas, produtos de beleza, e de perda de peso. (Imaginar o total gasto em 1 ano para melhorar seu corpo. Se todos parassem de comprar esses produtos, quanto de dinheiro a classe teria economizado, e o que poderia ser feito com esse dinheiro? Considere o que você poderia ter feito com todo esse tempo gasto com isso). - Concluir lembrando as alunas para não se culparem por terem falhado em uma dieta: as pesquisas comprovam que as dietas são métodos que não funcionam na perda de peso. Fale sobre as desvantagens e riscos de fazer dieta. <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> questionários “Dietas que eu conheço”, papéis em branco.</p>	60 minutos

Sessão 8 – Hábitos alimentares

- Objetivos Cognitivos (Informação real): As alunas vão aprender a importância de não restringir os alimentos.
- Objetivos Afetivos (atitudes, opiniões): Elas vão acreditar que é possível comer qualquer alimento.
- Objetivos Comportamentais (ações que serão tomadas): Elas vão começar a ficar mais relaxadas com a alimentação.

Atividade 1: CHRISTIAN (1996)

Tempo: 60 minutos

Descrição dos métodos da aula/estratégias:

- Distribuir papéis em branco para todas e peça que façam uma lista de todos alimentos que elas gostam. (Esqueça os julgamentos que você tem sobre os alimentos. Não rotule os alimentos como bom/ruim, saudável/não saudável, que engordam/não engordam, permitido/ não permitido, seguro/perigoso)
- Olhar para sua lista: colocar uma estrela nos alimentos favoritos que você têm em casa e permite-se comê-los regularmente. Colocar um círculo nos alimentos favoritos que você come ocasionalmente, sublinhar os alimentos favoritos que você não come de jeito nenhum.
- Fazer as alunas escreverem na lousa os alimentos que elas não se permitem comer. Esses são os alimentos que conscientemente ou inconscientemente são classificados como perigosos, não saudáveis, proibidos, ilegais, engordativos ou ruins.
- Fazer uma pesquisa sobre as atitudes e hábitos das alunas em relação a esses alimentos restringidos e/ou proibidos:

1) Quantas podem encontrar pelo menos 3 alimentos nesta lista de alimentos restringidos/proibidos que adoram ?

2) Quantas evitam comer esses alimentos que adoram ou evitam ter esses alimentos em casa ?

3) Quantas se sentem ansiosas, culpadas ou com vergonha quando comem esses alimentos ?

4) Quantas se sentem tristes quando não comem esses alimentos ?

5) Quantas têm um desejo incontrolável de comer esses alimentos, ou seja, têm compulsão por eles ?

Falar sobre a legalização deste alimentos:

“Uma das melhores soluções para os problemas com os alimentos, é parar de rotular os alimentos como saudáveis/não saudáveis, bons e ruins, engordantes e não engordantes, e se dar permissão para comer todos alimentos, acreditando em você mesmo, encontrando um equilíbrio”

Ações para legalizar os alimentos:

- legalize os alimentos que você ama = traga os alimentos proibidos para dentro de casa
 - tenha alimentos favoritos em casa
 - crie uma atmosfera de prazer em relação a alimentação em sua casa = pare de sentir raiva ao comer um alimento que você ama.
- Dizer às alunas que elas vão ter a oportunidade de fantasiar sobre o que poderia acontecer se você legalizasse os alimentos em sua vida. Encorajar todos a acharem uma posição confortável na sala, quando todas estiverem confortáveis, começar a ler o script “Casa da fantasia dos alimentos”.
 - Convidar as alunas a compartilharem seus exemplos do que aconteceu em suas fantasias. Colocar na lousa o que as alunas pensam que precisam fazer para legalizar a alimentação e os alimentos.
 - Pensar nos alimentos que você gosta e sua experiência na “Casa da fantasia dos alimentos”
- * Você tem esses alimentos em casa ?
 - * O suprimento destes alimentos é restrito ou está se acabando ?
 - * Quais alimentos você precisa comprar para o armário de casa ?
 - * Faça uma lista dos alimentos que você vai comprar.

Materiais necessários para essa aula: papéis brancos, escript “Casa da fantasia dos alimentos”, canetas, giz e quadro.

CASA DA FANTASIA DOS ALIMENTOS

Sinta-se o mais confortável possível.....

Sinta-se confortável no chão...feche seus olhos.....respire fundo....solte o ar devagarzinho..

Permita que sua respiração fique regular, fácil de respirar.

Continue a relaxar...e aproveite o silêncio, o som calmo de sua respiração

Permita que a sua tensão vá embora.....

Assim que você se sentir calma.....centralize-se neste momento.

Imagine que você está sozinha em um campo cheio de flores coloridas.....

Com o som dos passarinhos cantando.....

O calor do sol na sua pele.....

E você está impressionada com toda beleza ao seu redor.

PAUSA DE 10 SEGUNDOS

Aí, você vê um caminho no meio do campo que leva a um floresta.

E você decide seguir esse caminho....

As árvores estão úmidas, aveludadas e verdes...com cheiro de pinheiro.

O caminho se estreita, mas você continua a segui-lo.

Mais a frente você vê, em uma clareira com a luz do sol refletindo... você vê uma casa

Assim que você se aproxima, você percebe que têm uma placa na frente da porta

Nesta placa está escrito seu nome e as palavras Casa dos alimentos

PAUSA DE 10 SEGUNDOS

Você abre a porta da frente e entra na casa

Dentro da casa você vê a casa cheia, com todos os alimentos que você sempre quis...

Saboreie a visão de todos os alimentos que você adora juntos...só para você

PAUSA DE 5 SEGUNDOS

Conforme você explora a casa... permita que a tensão acumulada de anos de negação e auto controle vá embora...

E assim que você cair na real..... de que você achou um tesouro...

Olhe ao seu redor...dê um tempo para si mesmo... você têm todo o tempo do mundo

PAUSA DE 20 SEGUNDOS

Quando você decidir ir embora, lembre-se que você pode voltar quando quiser.

Você sabe onde a casa está. Você sabe como achá-la.

Agora, vá para o campo e descanse um pouco

E quando você estiver pronta, abra seus olhos.

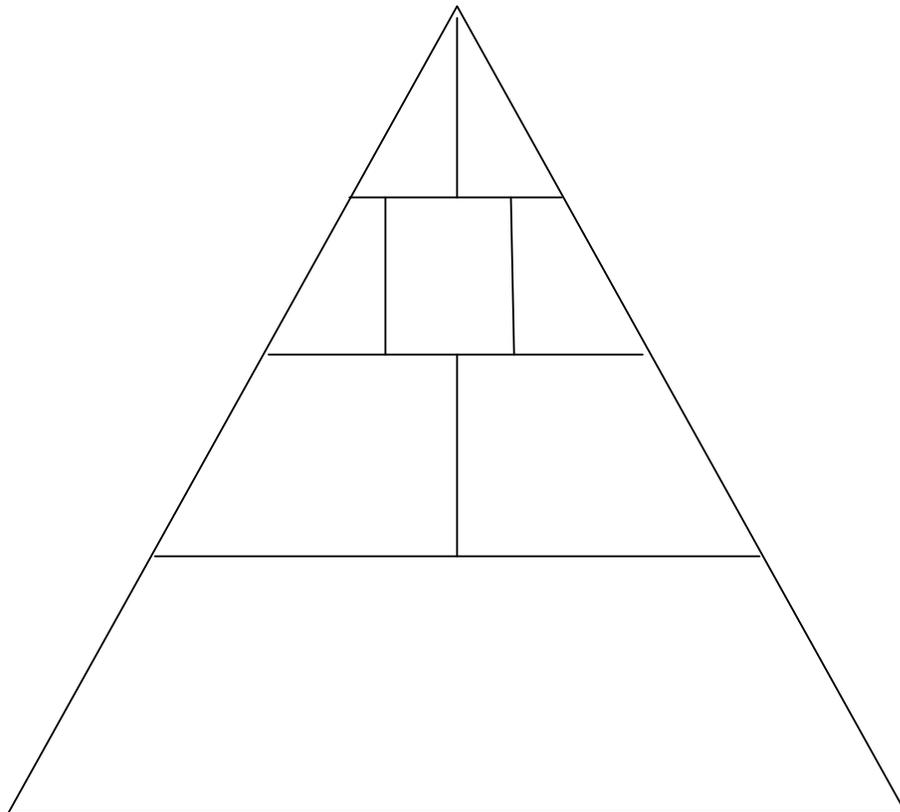
Sessão 9- Alimentação e crescimento

Objetivos Cognitivos (Informação real)		
As alunas vão aprender as diferenças sobre os grupos alimentares		
Objetivos Afetivos (atitudes, opiniões)		
Elas vão acreditar que os alimentos são fontes de diferentes nutrientes		
Objetivos Comportamentais (ações que serão tomadas)		
Elas vão começar a pensar sobre suas escolhas alimentares		
Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
PHILIPPI e col (1996)	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir as alunas para pensarem sobre o que comeram ontem. - Pedir as alunas para pegarem os alimentos que comeram ontem na mesa. <p>(Os diferentes tipos de alimentos vão estar dispostos ao redor da mesa)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir para fazerem um pilha e colocar as cartas viradas de costas - Explicar que existem diferentes grupos alimentares e os tipos de nutrientes que eles contém - Pedir para elas olharem as cartas de alimentos e os grupos alimentares na parede - Pedir que elas escrevam no papel dos grupos, quantas vezes por dia elas comem alimentos de cada grupo. - Depois que terminarem, mostre a elas a pirâmide, e peça que elas ponham os números de porções na pirâmide alimentar vazia. - No final, dizer a elas o número de porções que elas deveriam comer todos os dias. - Desenhar um quadro na lousa e discutir quantas pessoas têm que aumentar ou diminuir o consumo de cada grupo alimentar. - Finalizar a discussão falando sobre os hábitos alimentares e como é importante comer uma variedade de alimentos todos os dias. Dê a elas exemplos de escolhas saudáveis - Pedir a elas para pensarem em uma refeição do dia, que elas acham mais difícil de colocar opções saudáveis: café da manhã, almoço/jantar, ou lanches? Faça uma pesquisa da turma, e eleja uma refeição. <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> papel dos grupos alimentares, pirâmide vazia, cartas de alimentos, cartazes dos grupos alimentares, pirâmide alimentar grande, pirâmide alimentar pequena.</p>	60 minutos

GRUPOS ALIMENTARES

Descreva quantas vezes você come por dia os alimentos dos seguintes grupos:

Grupos alimentares	Quantas vezes/dia
Arroz, pães, macarrão, batata, mandioca	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 or + ()
Legumes e verduras	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 or + ()
Frutas	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 or + ()
Feijões	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 or + ()
Carnes e ovos	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 or + ()
Leite, queijo, iogurte	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 or + ()
Açúcar e doces	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 or + ()
Óleos e gorduras	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 or + ()

PIRÂMIDE ALIMENTAR

Sessão 10 – Aprendendo a selecionar os alimentos

Objetivos Cognitivos (Informação real)		
As alunas vão aprender a fazer escolhas alimentares		
Objetivos Afetivos (atitudes, opiniões)		
Elas vão acreditar que é possível comer de forma prazerosa		
Objetivos Comportamentais (ações que serão tomadas)		
Elas vão começar a pensar sobre suas escolhas alimentares		
Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
	<ul style="list-style-type: none"> - Baseado na pirâmide alimentar e na sua preferência pelos alimentos, tente fazer um cardápio de um dia. - Dê a elas tempo para preparar uma refeição saudável e prazerosa: <p>Almoço/jantar: pão integral; queijo minas; peito de peru, cenoura, alface, maionese light, suco</p> <p>Lanches: iogurte, fruta, barra de cereais</p> <p>Café-da manhã: cereal matinal; pão integral; leite/café/chocolate; frutas/suco; queijo/margarina light.</p> <p><u>Materiais necessários para essa aula:</u> alimentos para a refeição escolhida, folheto o que é comer normalmente</p>	60 minutos

O QUE É COMER NORMALMENTE ? (SATTER 1987)

Comer normalmente é ser capaz de comer quando você está com fome e continuar comer até se sentir satisfeita. É ser capaz de escolher os alimentos que você gosta, comê-los e realmente comer o suficiente – e não parar somente porque você pensa que deve.

Comer normalmente é ser capaz de moderar a sua seleção de alimentos e escolher os alimentos certos, mas não ser tão restritivo ao ponto de perder o prazer na alimentação

Comer normalmente é dar a si mesma a permissão de comer as vezes por que você está feliz, triste ou entediado, ou porque te faz sentir bem.

Comer normalmente é fazer 3 refeições ao dia, ou comer mais nos intervalos das refeições. É deixar alguns biscoitos porque você sabe que poderá comer mais amanhã, ou é comer mais deles porque eles são mais saborosos quando estão frescos.

Comer normalmente é comer demais as vezes, sentindo-se cheia e desconfortável. É também comer pouco as vezes e pensando que você deveria ter comido mais.

Comer normalmente é acreditar no seu corpo como forma de esconder os seus erros alimentares. Comer normalmente exige tempo e atenção de você, mas têm o seu espaço como uma das áreas mais importante de sua vida.

Resumindo, comer normalmente é flexibilidade. É poder variar em resposta a suas emoções, seus horários, sua fome, e a proximidade com os alimentos.

Sessão 11 – Finalização do grupo

Atividade 1	Descrição dos métodos da aula/estratégias	Tempo
	Preenchimento dos questionários, e medição de peso e estatura. Questionário sobre metodologia do grupo	40 minutos

Anexo 2 – Cartaz de divulgação da pesquisa



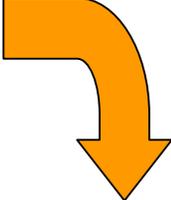
VOCÊ VIVE DE "DIETA" ?

VOCÊ SE PREOCUPA O TEMPO TODO COM O QUE COME ?

VOCÊ SE SENTE INSATISFEITA COM O SEU CORPO ?

VOCÊ JÁ FOI CRITICADA POR ESTAR ACIMA DO PESO ?

VOCÊ ESTÁ CANSADA DE SÓ PENSAR EM COMIDA E CORPO ?



GRUPO EXPERIMENTAL

Então venha participar de dinâmicas de grupo sobre:

Dietas da moda
Insatisfação corporal
Atividade física
Alimentação saudável

Se você é uma garota de 12 a 14 anos, cursando a 7^a e 8^a série e têm interesse em participar do grupo, por favor procure a coordenação pedagógica.

Lembre-se !!! Só se inscreva se você realmente têm interesse em participar, pois para ter melhores resultados pessoais é importante o seu comprometimento. As vagas são limitadas !!

Início: 25/03/05
Horário: 12:30 – 13:30h
Duração: 11 semanas
Local: Sala de aula (à definir)

O grupo de discussão faz parte do projeto de doutorado da nutricionista Karin Dunker. (Pós Graduação da Universidade de São Paulo).

GRUPO CONTROLE

Então venha participar da pesquisa sobre:

Dietas da moda

Insatisfação corporal

Atividade física

Alimentação saudável

Se você é uma garota de 12 a 14 anos e tem interesse em participar da pesquisa, por favor procure a coordenação pedagógica.

Lembre-se!! Só se inscreva se você realmente tem interesse em participar !!

Data e local da pesquisa: a ser definido pela diretoria

A pesquisa faz parte do projeto de doutorado da nutricionista Karin Dunker. (Pós Graduação da Universidade de São Paulo).

Anexo 3

QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO E ANTROPOMÉTRICOPARTE I*DADOS PESSOAIS:*

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Classe : _____ Período : _____

PARTE II

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Momento 0	Momento 1	Momento 2
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Peso : _____Kg	Peso : _____Kg	Peso : _____Kg
Estatura: _____m	Estatura: _____m	Estatura: _____m
IMC: _____	IMC: _____	IMC: _____
Classificação: _____	Classificação: _____	Classificação: _____

Anexo 4 – Teste de Atitudes Alimentares – EAT-26

Nome: _____

Por favor, marque um (X) na coluna que melhor se aplica em cada uma das questões. Todos os resultados serão estritamente confidenciais. A maioria das questões se relaciona a alimentos, apesar de outros tipos de perguntas terem sido incluídas. Por favor, preencha cada questão cuidadosamente. Muito Obrigada.

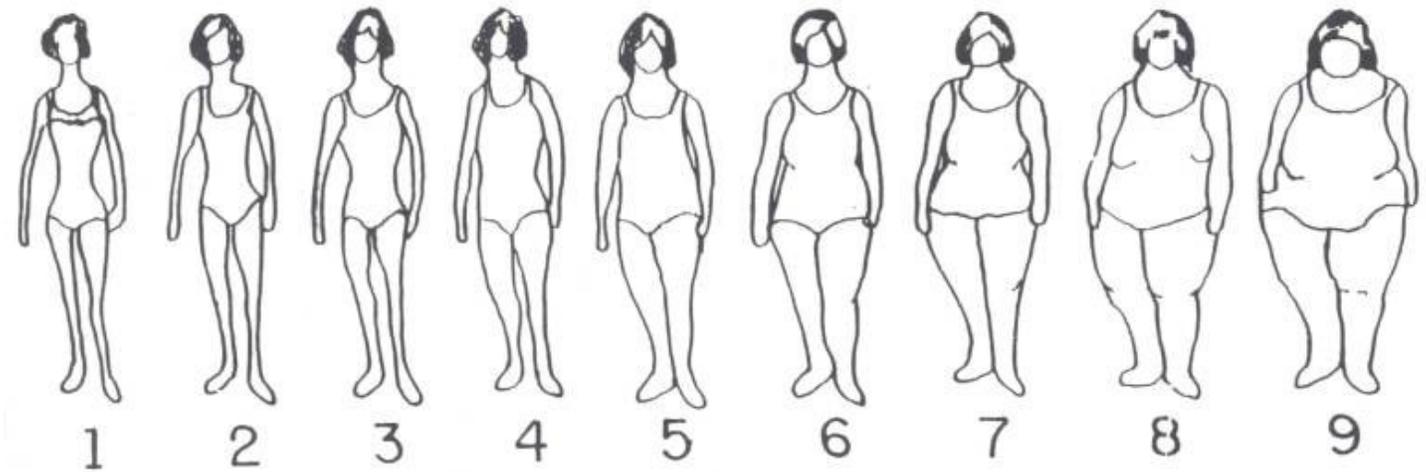
	Sempre	Muitas Vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorada com a idéia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupada com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5. Corto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

Anexo 5- Escala de Stunkard

Nome: _____

Observe a série de figuras abaixo e escreva:

- a palavra “EU” embaixo daquela que melhor representa você atualmente
- a palavra “SAUDÁVEL” embaixo daquela que você considera uma imagem de corpo saudável
- a palavra “DESEJÁVEL” embaixo daquela que você gostaria de ser.



Anexo 6- Escala das Atitudes Socioculturais voltadas para aparência (SATAQ-3)

Nome: _____

Por favor leia cada questão atentamente e indique aquela que mais reflete o que você pensa em relação a afirmação.

	Concordo fortemente	Concordo	Sou neutra	Discordo	Discordo fortemente
1. Os programas de TV são uma fonte importante de informação sobre moda e como ser atraente.					
2. Eu me sinto pressionada pela TV ou revistas para perder peso.					
3. Eu não me importo se meu corpo parece ou não com os corpos das pessoas que aparecem na TV.					
4. Eu comparo meu corpo com os corpos das estrelas da TV e do cinema.					
5. Comerciais de TV são uma fonte importante de informação sobre moda e como ser atraente.					
6. Eu não sinto pressão por parte da TV ou das revistas para ser bonita.					
7. Eu gostaria que meu corpo parecesse com o das modelos que aparecem nas revistas.					
8. Eu comparo minha aparência com a aparência das estrelas da TV e do cinema.					
9. Os cliques de música que passam na TV não são uma fonte importante de informação sobre moda e como ser atraente.					
10. Eu tenho sentido pressão por parte da TV e das revistas para ser magra.					
11. Eu gostaria que meu corpo parecesse com os das pessoas que estão nos filmes.					
12. Eu não comparo meu corpo com os corpos das pessoas que aparecem nas revistas.					
13. Matérias de revistas não são uma fonte importante de informação sobre moda e como ser atraente.					
14. Eu tenho sentido pressão por parte da TV ou das revistas para ter um corpo perfeito.					
15. Eu gostaria de parecer com as modelos dos cliques de música.					
16. Eu comparo minha aparência com a aparência das pessoas das revistas.					
17. Propagandas de revistas são uma fonte importante de informação sobre moda e como ser atraente.					
18. Eu tenho sentido pressão por parte da TV ou das revistas para fazer dieta.					
19. Eu não desejaria parecer tão atlética quanto as pessoas das revistas.					
20. Eu comparo meu corpo ao de pessoas que estão em boa forma.					
21. Fotos de revistas são uma fonte importante de informação sobre moda e como ser atraente.					
22. Eu tenho sentido pressão por parte da TV ou das revistas para me exercitar.					
23. Eu desejaria parecer tão atlética quanto as estrelas do esporte.					
24. Eu comparo meu corpo ao de pessoas que são atléticas.					
25. Filmes são uma fonte importante de informação sobre moda e como ser atraente.					
26. Eu tenho sentido pressão por parte da TV ou das revistas para mudar minha aparência.					
27. Eu não tento parecer com as pessoas da TV.					
28. Estrelas de cinema não são uma fonte importante de informação sobre moda e como ser atraente.					

Anexos

29. Pessoas famosas são uma fonte importante de informação sobre moda e como ser atraente.					
30. Eu tento parecer com os atletas esportivos.					

Anexos

Anexo 7- Questionário de frequência alimentar (QFA)

Nome _____

Assinale com X a quantidade de alimentos que você costuma consumir habitualmente. Lembre-se que esta quantidade representa seu consumo médio no último mês. Quantas vezes você comeu estes alimentos no último mês ?

DOCES, SALGADINHOS E GULOSEIMAS

ALIMENTO	Quantidade	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Batatinha tipo chips ou salgadinho	½ pacote							
Chocolate/brigadeiro	1 tablete/3 unidades							
Bolo comum/ bolo pullman	1 fatia média							
Sorvete massa/palito	2 bolas/1 unidade							
Achocolatado em pó (Nescau, quick,etc.)	1 ½ colher de sopa							
Pipoca estourada	1 saco							
Açúcar/mel	2 colheres de sobremesa							
Balas	2 unidades							
Doces de frutas (goiabada, marmelada)	1 fatia fina							
Sobremesas tipo musse	1 taça							

SALGADOS E PREPARAÇÕES

ALIMENTO	Quantidade	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Cheesebúrguer de carne/frango	1 sanduíche							
Sanduíche (misto, queijo, frios ou quentes)	1 sanduíche							
Sanduíche natural	1 sanduíche							
Coxinha/esfiha/rissolis/pastel	1 unidade							
Salada de batata com maionese	1 colher de servir							
Sopa (canja, feijão, legumes)	1 prato							
Farofa (de farinha de mandioca)	1 colher de servir							
Pão de queijo/batata	1 unidade							
Pizza	1 fatia							
Cachorro quente	1 sanduíche							
Croissant	1 unidade							

Anexos

LEITE E PRODUTOS LÁCTEOS

ALIMENTO	Quantidade	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Leite fluído integral	1 copo cheio							
Leite fluído desnatado	1 copo cheio							
Iogurte natural/frutas	1 copo							
Iogurte diet	1 copo							
Queijo minas frescal/ricota/cottage	1 fatia							
Requeijão	1 colher de sopa							
Manteiga	1 ponta de faca							
Margarina	1 ponta de faca							
Azeite de oliva/Óleo	1 colher de café							
Maionese tradicional	1 colher de sopa							

CEREAIS, PÃES E TUBÉRCULOS

ALIMENTO	Quantidade	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Arroz cozido	4 colheres de sopa							
Macarrão/instantâneo/sugo/manteiga	3 colheres de servir							
Massas (lasanha, raviole, capeleti)	1 pedaço/ 1 prato							
Biscoitos sem recheio/cream craker	6 unidades							
Biscoitos com recheio	5 unidades							
Pão francês/forma/integral	1½ unidade/ 3 fatias							
Cereal matinal tipo sucrilhos	1 xícara							
Batatas fritas de palito	1 saquinho							
Batatas cozidas (purê, sauté)	1 colher de servir							

FEIJÕES

ALIMENTO	Quantidade	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Feijão	1 ½ concha							

Anexos

VERDURAS E LEGUMES

ALIMENTO	Quantidade	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Alface	6 folhas							
Acelga/repolho	2 colheres de servir							
Agrião/rúcula	3 ramos/5 folhas							
Couve-flor	2 ramos médios							
Beterraba	1 colher de servir							
Cenoura	1 colher de servir							
Espinafre/couve	1 colher de servir							
Ervilha	2 colheres de sopa							
Milho verde	1 colher de sopa							
Pepino	6 fatias							
Tomate	3 fatias							

FRUTAS

ALIMENTO	Quantidade	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Abacate	1 fatia							
Abacaxi/ suco de	1 fatia/ 1 copo							
Banana	1 unidade							
Laranja/ mexerica/ suco de	1 unidade/1 copo							
Maçã/ pêra	1 unidade							
Mamão/ suco de	1 fatia/ 1 copo							
Melão/ melancia/ suco de	1 fatia/ 1 copo							
Manga	½ unidade							
Morangos	½ xícara de chá							
Uvas	1 cacho							

Anexos

CARNES E OVOS

ALIMENTO	Quantidade	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Carne cozida (bife role/moída/de panela/bife frito)	1 fatia/1 colher de servir/1 unidade							
Frango cozido/assado/grelhado/frito	1 pedaço/1 unidade							
Peixe frito/cozido	1 filé/posta							
Carne suína (bisteca/lombo)	1 unidade/1 fatia							
Ovo frito/mexido/omelete	1 unidade/1 pedaço							
Embutidos (presunto/peito de peru etc.)	2 fatias							
Salsicha	1½ unidade							

BEBIDAS

ALIMENTO	Quantidade	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Refrigerante normal	1 ½ copo							
Refrigerante diet	1 ½ copo							
Chá mate com sabor	1 lata							
Sucos naturais com leite	1 copo							
Café	1 xícara pequena							
Bebida com álcool (cerveja, vinho, batidas)	1 copo							
Água	1 copo							

Anexo 8 - Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

Nome: _____

As perguntas abaixo estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade em uma semana USUAL. As perguntas incluem as atividades que você faz na escola, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercícios ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder às questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder às perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou na escola, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício ?

_____ dias por SEMANA () nenhum

1b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta caminhando por dia ?

Horas: _____ minutos: _____

2a. Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer exercícios domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar pó, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

_____ dias por SEMANA () nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ?

Horas: _____ minutos: _____

3a. Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como, por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos cardíacos.

_____ dias por SEMANA () nenhum

3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ?

Horas: _____ minutos: _____

Anexo 9 - Questionário de Avaliação do Grupo

Nome: _____

1) Responda o que você achou das aulas do grupo de Nutrição:

AULAS	Opinião
Influência da mídia (cartazes)	() GM () G () MM () NG () NP
Discriminação de peso (teatro)	() GM () G () MM () NG () NP
Imagem corporal (vídeo)	() GM () G () MM () NG () NP
O que faz eu ser eu mesma (semelhanças com os pais)	() GM () G () MM () NG () NP
Dietas da moda	() GM () G () MM () NG () NP
Alimentos que mais gostam e menos gostam	() GM () G () MM () NG () NP
Pirâmide dos alimentos	() GM () G () MM () NG () NP
Almoço (escolhas alimentares)	() GM () G () MM () NG () NP
Aulas de dança	() GM () G () MM () NG () NP

GM = gostei muito; G = gostei; MM = gostei mais ou menos; N = não gostei; NP = não participei

Se houver alguma que você não gostou, por favor justifique.

2) Você mudou alguma coisa na sua rotina diária em relação aos assuntos abordados durante o grupo ?
Se sim, descreva.

3) O grupo atendeu suas expectativas ? Muito () Razoavelmente () Pouco ()

3) Você gostaria que este tipo de atividade fosse incorporada no currículo da sua escola ?
() Sim () Não Por que ?

4) Você têm alguma sugestão para melhorar esse grupo ?

Anexo 10



Universidade de São Paulo - Faculdade de Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU LEGAL RESPONSÁVEL

1. Nome do Aluno:

Sexo: () M () F Data de Nascimento:...../...../.....

Endereço:.....Nº:.....Apto:.....

.....

Bairro:.....Cidade:.....

.....

CEP:.....Telefone:.....

.....

2. Responsável

Legal:.....

Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc.):.....

Sexo: ()M ()F Data de Nascimento:...../...../.....

Endereço:.....Nº:

.....Apto:.....

Bairro:.....Cidade:.....CEP:.....Tel:.....

.....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

Título do Protocolo de Pesquisa: Transtornos alimentares em adolescentes: impacto da educação nutricional

Pesquisador: Karin Louise Lenz Dunker

Cargo/Função: Nutricionista Inscrição Conselho Regional Nº 5954
Departamento da FCF/USP: Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública

1. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA

Sem Risco (X) Risco Mínimo () Risco Médio ()
Risco Baixo () Risco Maior ()

(Probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo. Nos projetos com coleta de sangue, incluir detalhadamente, como observação as possíveis reações decorrentes desse procedimento.)

Duração da Pesquisa: 10 meses

EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR E ESCLARECIMENTOS SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, Karin Louise Lenz Dunker, aluna de doutorado do curso de pós-graduação de Nutrição Humana Aplicada da USP, venho solicitar a participação de sua filha em uma pesquisa de caráter estritamente científico, e sigiloso. A pesquisa consiste na participação das alunas em aulas de educação nutricional, onde serão passados conceitos sobre alimentação equilibrada e temas relacionados, e será realizada a partir do mês de fevereiro de 2004, com duração de 12 meses, sendo os 6 primeiros meses voltados às aulas de educação nutricional.

Para verificação dos resultados as alunas deverão preencher questionários relacionados a alimentação e nível sócioeconômico, assim como serão verificadas medidas de peso e altura pela pesquisadora, dados que serão coletados em três momentos: antes das aulas de educação nutricional; no final dos 6 meses de aulas e 6 meses após o término das aulas.

As aulas de educação nutricional, assim como a coleta dos dados serão realizadas e combinadas em horários adequados junto à Diretoria, de forma que não interfiram no conteúdo escolar.

As participantes terão liberdade de retirar seu consentimento de participação sem nenhum prejuízo. A pesquisadora se compromete a não identificar o indivíduo e a manter o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade.

Vale lembrar da importância deste projeto, cujo objetivo principal é atuar na melhora da alimentação e aceitação do peso corporal, e conseqüentemente prevenir doenças.

Desde já agradeço a sua atenção, lembrando que o conteúdo das aulas estão disponíveis aos senhores pais e alunas, e que estou disponível para qualquer dúvida pertinente. Muito Obrigada !

Dados para contato:

Pesquisadora: Karin Louise Lenz Dunker

Fone: 9389-1947

E-mail: karindunker@aol.com

Faculdade de Saúde Pública Av. Dr. Arnaldo, 715 – Dpto de Nutrição

VII – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito de pesquisa
ou responsável legal

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

Anexo 11- Figuras dos escores das silhuetas de Stunkard

Figura 4: Escore atual das silhuetas de Stunkard – Grupo controle

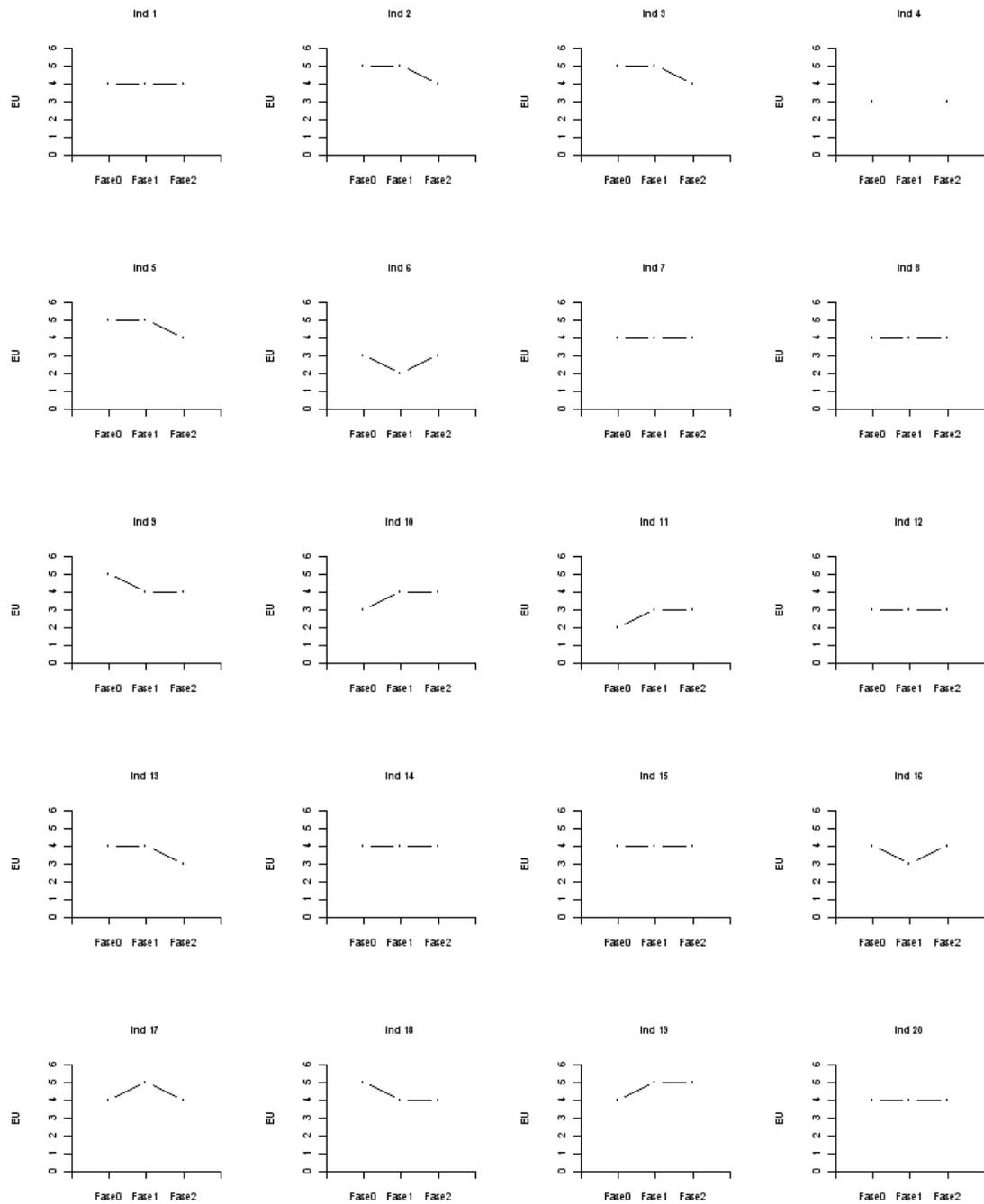


Figura 5: Escore atual das silhuetas de Stunkard – Grupo controle

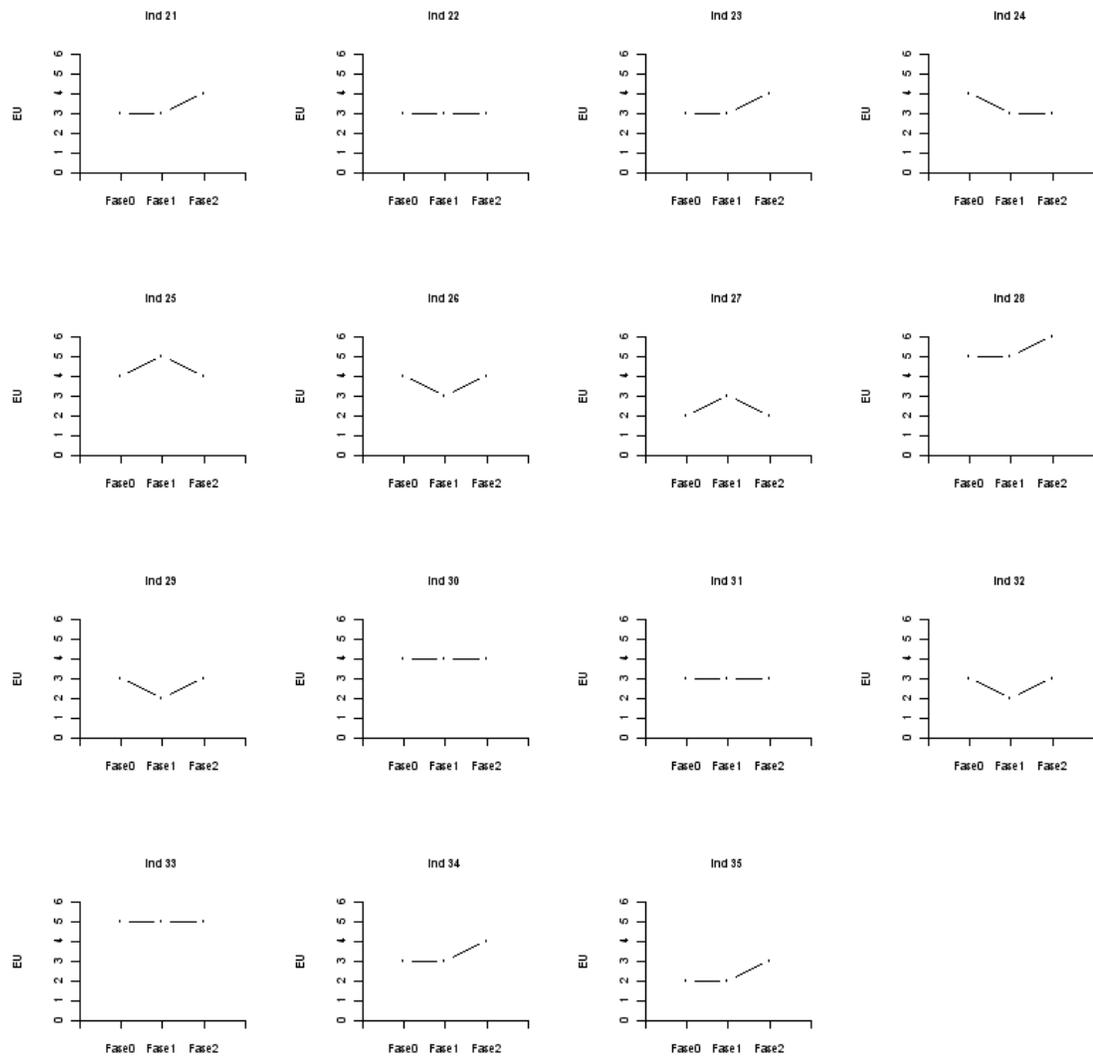


Figura 6: Escore atual das silhuetas de Stunkard – Grupo experimental

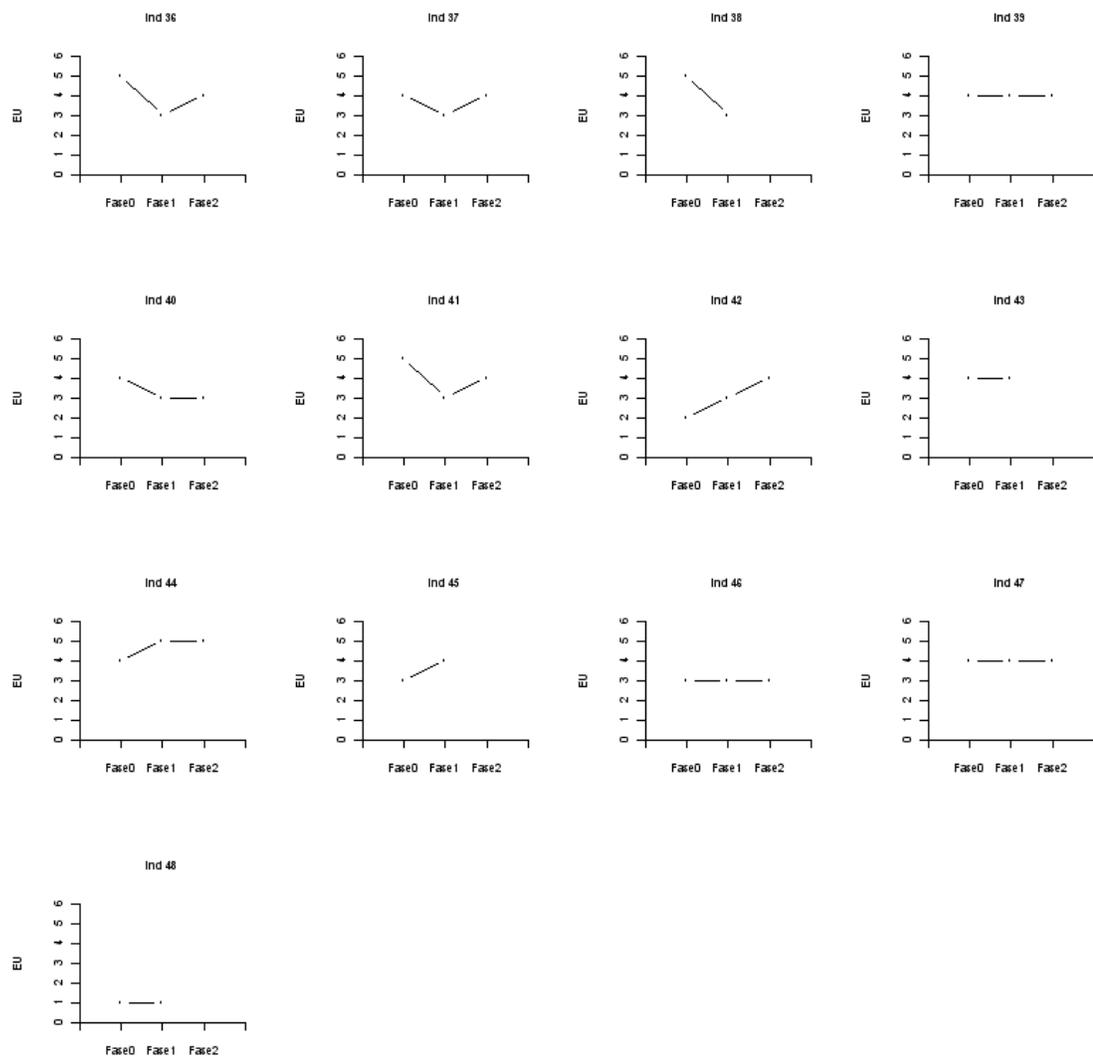


Figura 7: Escore desejável das silhuetas de Stunkard – Grupo controle

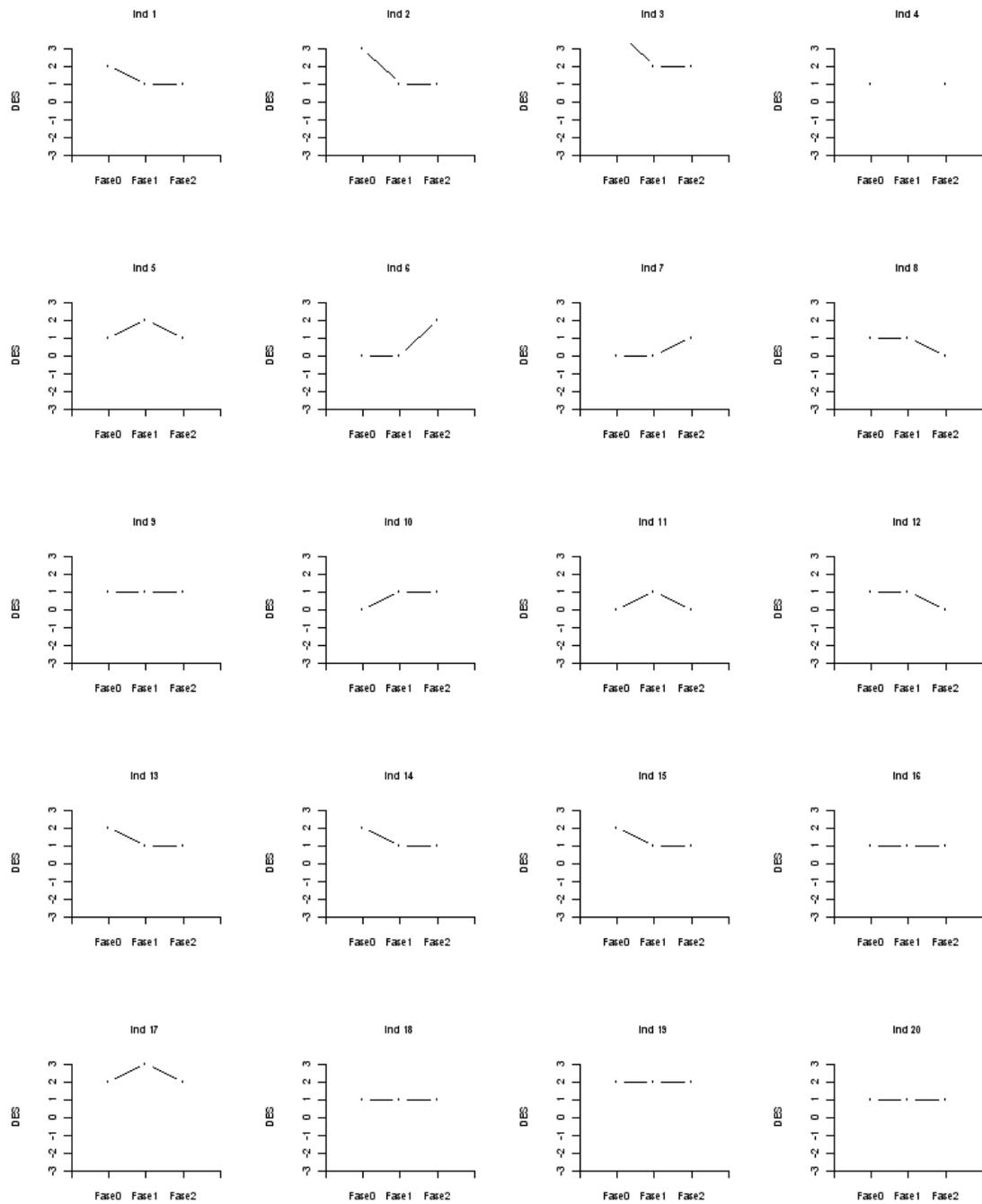


Figura 8: Escore desejável das silhuetas de Stunkard – Grupo controle

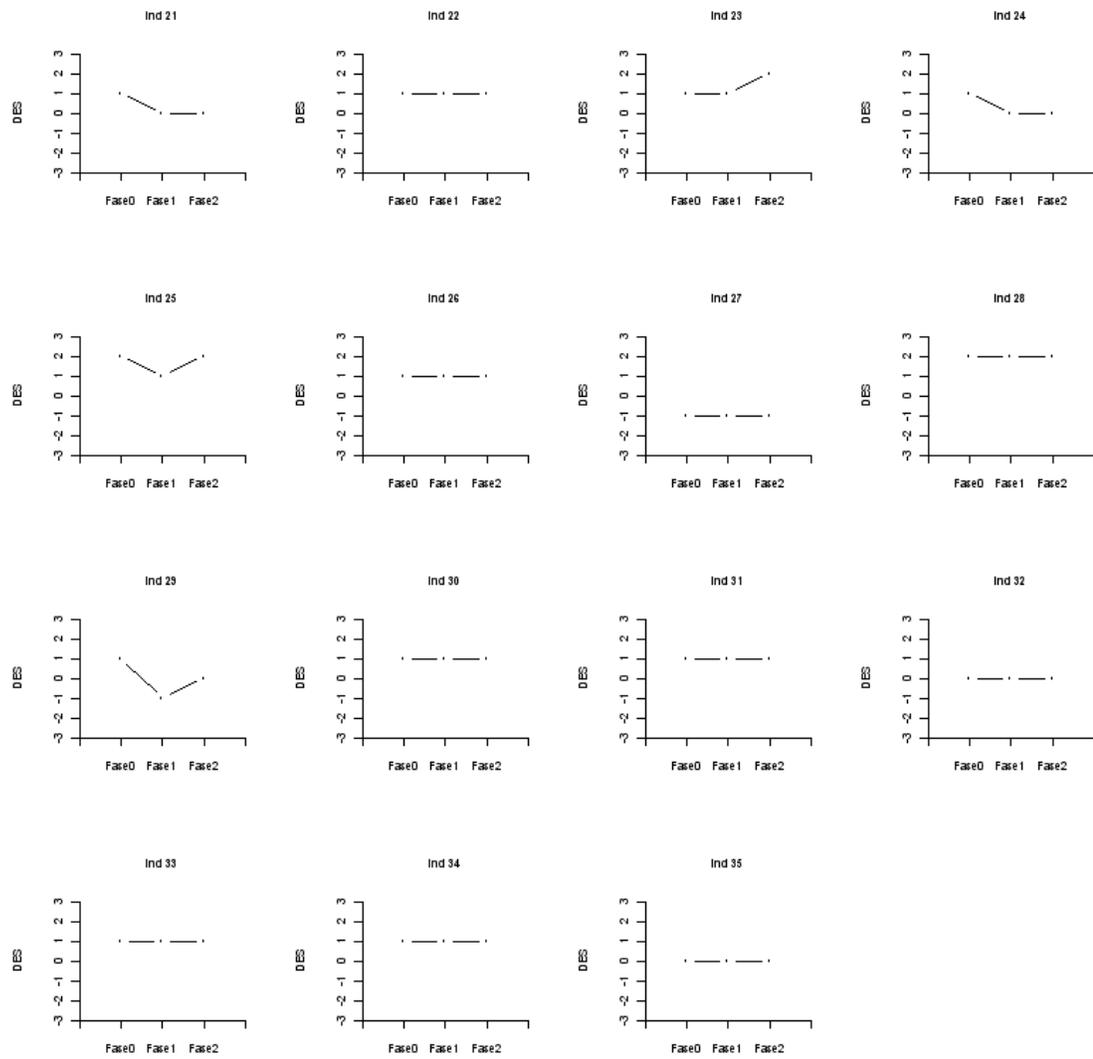


Figura 9: Escore atual das silhuetas de Stunkard – Grupo experimental

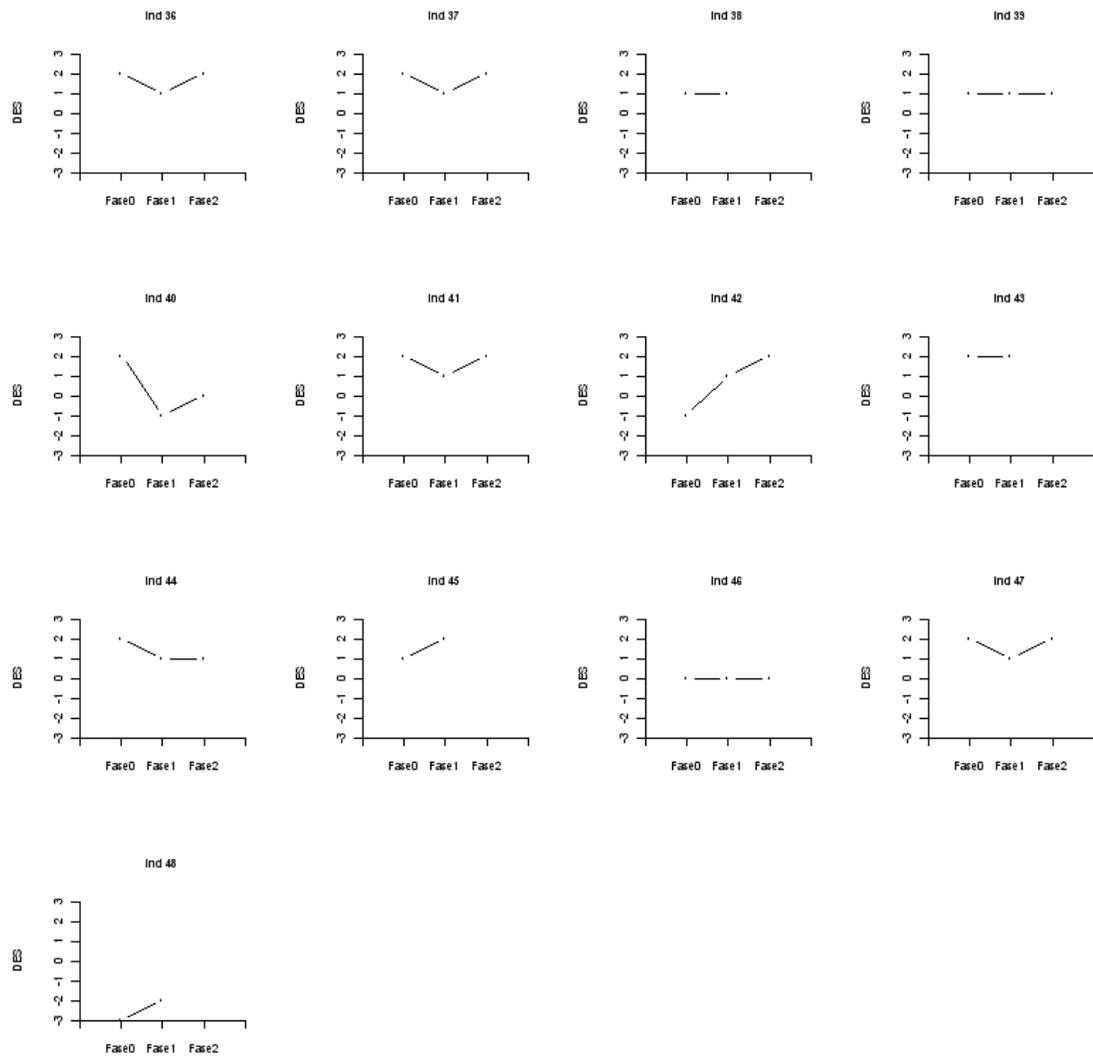


Figura 10: Escore saudável das silhuetas de Stunkard – Grupo controle

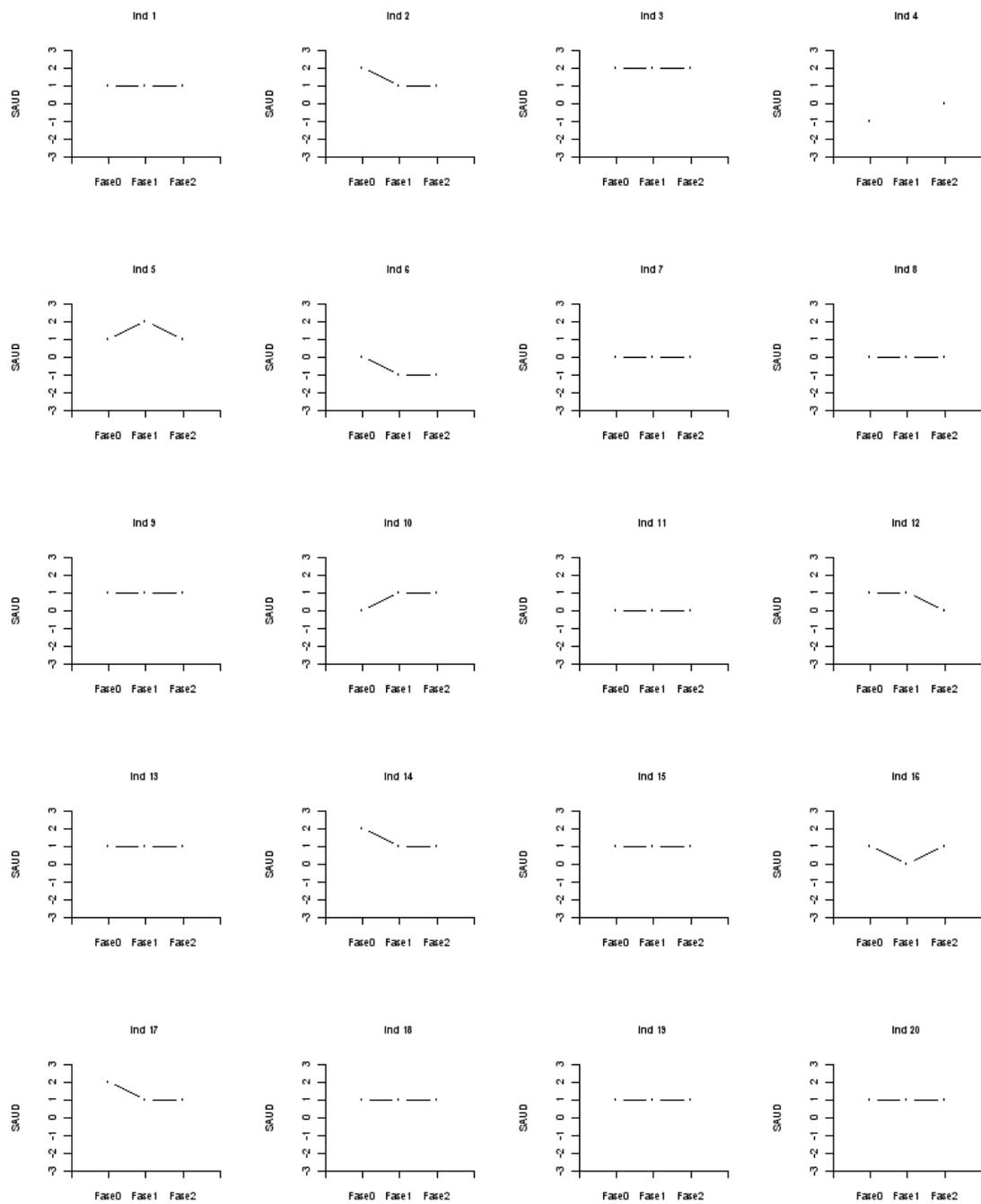


Figura 11: Escore saudável das silhuetas de Stunkard – Grupo controle

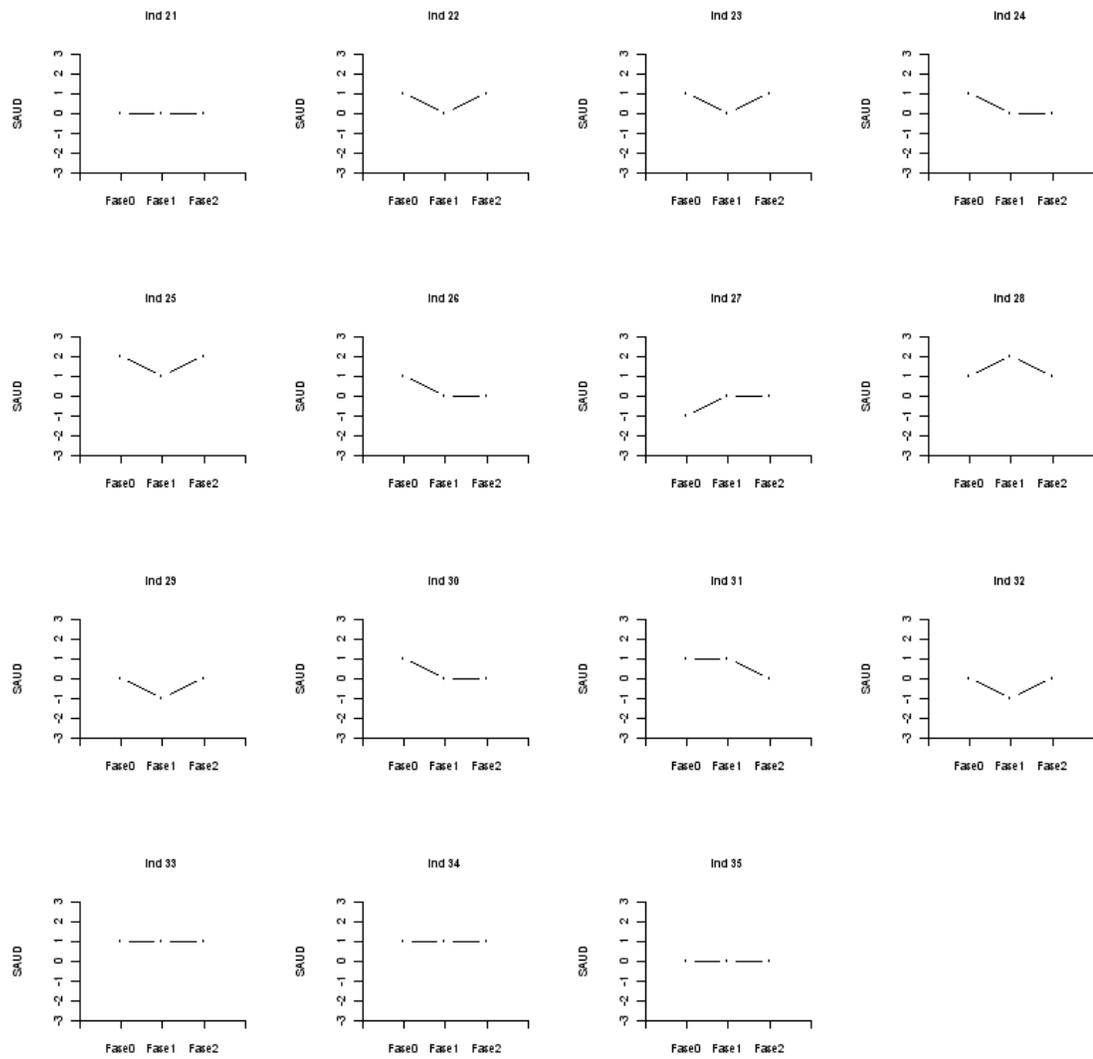
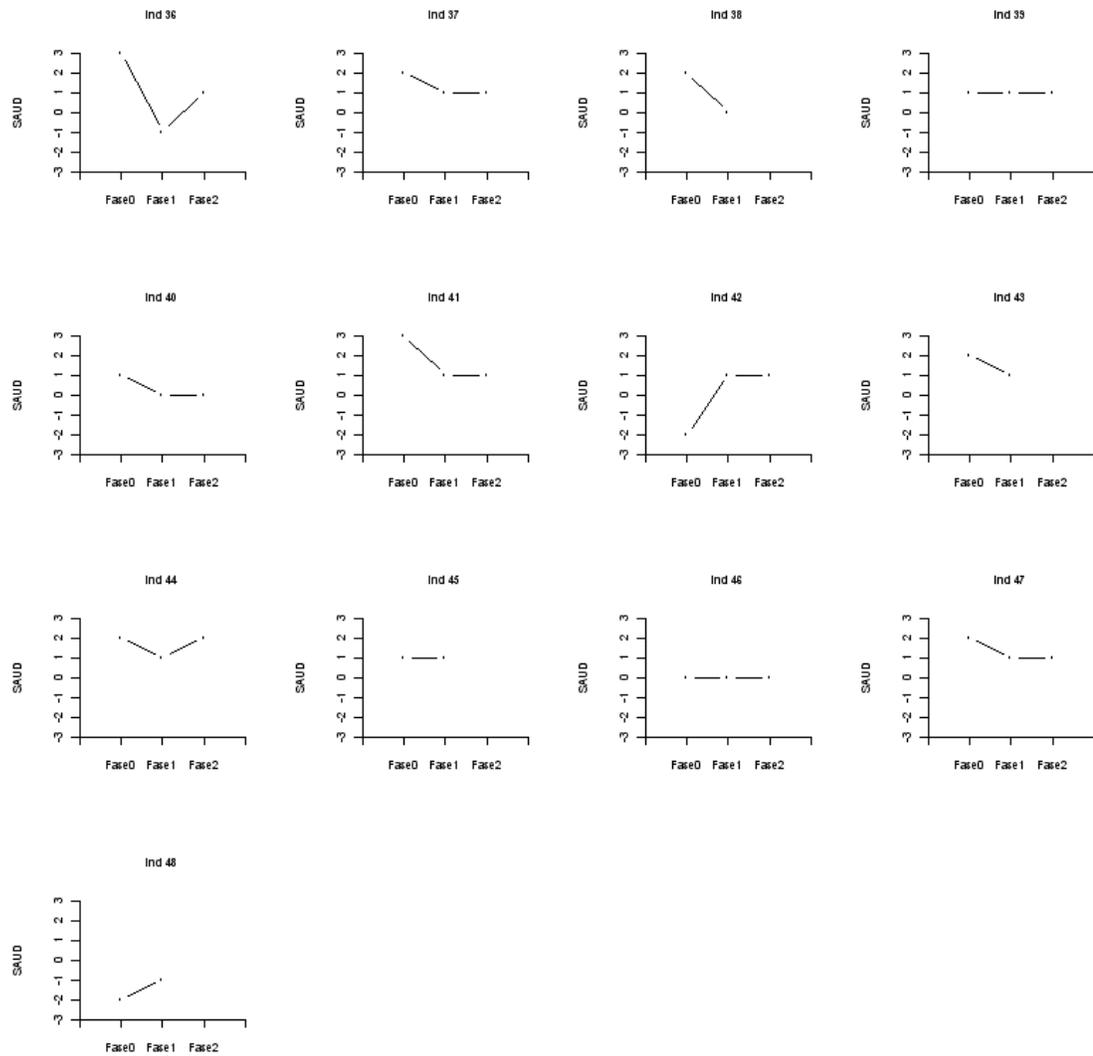


Figura 12: Escore saudável das silhuetas de Stunkard – Grupo experimental



ANEXO 12- Depoimento das alunas

Meu problema é(Março 2005)

G.B	Não sinto vontade de comer. Parei de comer carne vermelha, como quais alimentos podem substituí-la.
A.F.M	Comer muita besteira. Ser mais feia que minhas amigas. Nunca sei que roupa usar em qualquer lugar. Planejar muitas coisas que acabam não dando certo. Mudar muito de escola e sempre mudar a amizade. Ficar sem ter o que fazer. Não saber o que falar quando alguém está triste. Não ter muita confiança nas pessoas. Não confiar em mim mesma.
C.A	Comer muita besteira (chocolate, bala...). Como abaixar o colesterol. Reeducar minha alimentação Alimentos que ajudam a evitar espinha e que também provocam espinha. Se a menstruação ajuda ou atrapalha a alimentação. Como o que precisa, e comer menos chocolate e gordura.
L.G.C	Eu queria aprender a me alimentar direito, comendo alimentos saudáveis Também queria saber se tem alimentos que ajudam a controlar a asma, sou asmática, e tenho curiosidades. Tenho que emagrecer, pois as pessoas têm preconceito com as mais gordas. Na 4ª e 5ª série, ninguém falava comigo, pois era gorda.
C.R	Eu me acho muito gorda, me alimento muito mal, pois eu amo doce, odeio saladas. Eu tenho muita preocupação com o biquíni Eu tento fazer regime, mas eu nunca consigo, pois no meio do caminho eu como tudo de novo. Quero ter uma alimentação saudável, para tentar emagrecer. Parar de comer tanta besteira.
A.P.F.C	Comer muito mesmo sem fome
A.M.B	Sou gorda demais. Quero ter uma alimentação balanceada. Tenho muita preocupação em usar, por exemplo, um biquíni. Como muito doce. Não consigo emagrecer de nenhum jeito.
G.F.M	O meu problema é: gostar exageradamente de doces, gosto muito de verduras mas não as como muito, quero emagrecer e me manter magra.
B.B.J	Por eu se diabética eu preciso ter uma alimentação adequada, e como não tenho nada para fazer em casa eu passo o dia inteiro comendo várias coisas, quando estou nervosa, ou triste não paro de comer como sempre mais e mais. Não posso ficar gorda, porque faria mal para eu e teria vergonha de sair na rua. Preocupo-me muito com a aparência.
A.C.P.F	Eu me acho meio fora do peso, e quando decido fazer uma dieta, ou comer direito, não comer doce, pão, eu faço uns dois dias depois eu saio dela. Eu até começo a me sentir menor, pior que os outros e eu queria emagrecer um pouco e ter orgulho do meu corpo. Quero tentar emagrecer de um jeito saudável.

A.F.C	<p>Eu quero parar de comer muitas besteiras e comer só o essencial nada e nada menos. O problema é que eu adoro fruta e vegetal, mas eu acabo comendo mais do que isso, por vontade mesmo, por gula. Eu quero aprender a comer certo e balanceadamente, fazer mais exercícios, e também quero emagrecer um pouco.</p>
-------	---