

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO DE PSICOLOGIA EDUCACIONAL 96/98

**O MITO DAS MENINAS DE OURO:
O Rendimento Escolar em Estudantes do
2º Grau com Padrão Alimentar Anormal
na cidade de Porto Alegre**

CARLOS ALBERTO SAMPAIO MARTINS DE BARROS

Ref. 14400

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

BIBLIOTECA

ORIENTADOR: Professor Dr. António José dos Santos

LISBOA, 1998

DADOS INTERNACIONAS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

B277e

Barros, Carlos Alberto Sampaio Martins de

O mito das meninas de ouro : o rendimento escolar em estudantes do 2º grau com padrão alimentar anormal na cidade de Porto Alegre / Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros . — Porto Alegre, 1998.

175fl.

Diss. (Mestrado) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa

1. Psicologia Aplicada 2. Rendimento Escolar - Adolescência - Padrão Alimentar Anormal - Aplicação de EAT-26 I. Título

CDD: 158
370.15
371.26

CDU: 371.26-053.6
159.98
37.015.3

Bibliotecária Responsável
Alessandra Pinto Fagundes
CRB10/1244

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de
Psicologia Aplicada, Lisboa, para prestação de
provas de Mestrado em Psicologia Educacional.



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO

MESTRADO PSICOLOGIA EDUCACIONAL
ÁREA CIENTÍFICA : PSICOLOGIA

LUIS FREDERICO DA SILVA PEREIRA

Director do Instituto Superior de Psicologia Aplicada

*Faz saber que CARLOS ALBERTO SAMPAIO MARTINS DE BARROS, filho de Carlos Martins de Barros e de Aracy Sampaio Martins de Barros, natural de Vila Velha - Espirito Santo - Brasil, portador do Passaporte nº CJ 711873, concluiu, no quadro do protocolo de cooperação entre a Universidade Luterana do Brasil e o Instituto Superior de Psicologia Aplicada, o Mestrado em Psicologia Educacional (portaria nº 385/91 de 6 de Maio), em 17 de Dezembro de 1998 com a classificação final de **Muito Bom**, pelo que, em conformidade com as disposições legais em vigor, lhe mandei passar o presente certificado.*

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Lisboa, 17 de Dezembro de 1998

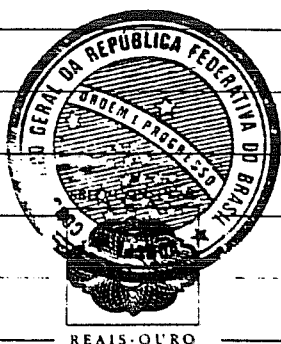
O DIRECTOR

*Carlos Alberto
Sampaio Martins
Doutor em Psicologia*

No dia 17 de Dezembro de 1998 Carlos Alberto Sampaio Martins de Bannos defendeu a dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional intitulada "O mito das meninas de ouro: o rendimento escolar em estudantes do 2º grau com padrões alimentares anormal unidade de Ponto Alegre".

O júri constituído pelo Professor Doutor Eduardo Sá da Universidade de Coimbra e pelos Professores Doutores António José dos Santos e Margarida Alves Martins do Instituto Superior de Psicologia Aplicada classificar a prova com Aprovado com Muito Bom por unanimidade.

*Harold
M. da M.*



REAIS-OURO

Recebi R\$ 500,00. Ouro
ou Esc. por \$00.-Tab. n.º 114

INSTITUTO SUPERIOR DE
PSICOLOGIA APLICADA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

Lisboa, 18/12/98

A CHEFE DA SECRETARIA

Henriqueta

A PRESENTE FOTOCÓPIA FOI POR MIM CONFERIDA

COM O DOCUMENTO ORIGINAL E ENcontra CONFORME

Lisboa 21 DEZ. 1998

Jose Eusebio da Cunha Firmino
José Eusebio da Cunha Firmino
Vice-Cônsul

In memoriam de meu pai, Carlos Martins de Barros, que ensinou
transpor os obstáculos e adversidades existenciais.

Ao meu orientador e amigo Professor Doutor António José dos Santos, pelo incentivo e
acurado senso de investigação limpando as brumas da tese.

Ao Doutor Francisco Peixoto, pela disponibilidade e perseverança na análise dos dados.

Ao Corpo Docente e Discente dos Colégios, mantidos no anonimato,
que permitiram a coleta dos dados e o total apoio.

Ao querido filho Francisco, que aos sete anos de idade perguntava ao pai
“como fazes para mudar o destino das pessoas ?”

À filha amada Astréia, futura psicóloga, andante nos caminhos da mente
e colaboradora na aplicação do instrumento

À Tânia pelo apoio, controle das forças eólicas e porto seguro nesta velejada.

Ao estudante de Psicologia Gerônimo Paludo, amigo e colaborador
na aplicação do instrumento e organização do banco de dados.

Em especial, a Psicóloga e amiga Cíntia Maria Leite Nahra,
pela valiosa ajuda, minha gratidão.

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1 - Classificação da Obesidade segundo Garrow	25
Tabela 2 - Demonstrativo do Rendimento Escolar no RS	74
Tabela 3 - Demonstrativo do Rendimento Escolar em POA	75
Tabela 4 - Comparações dos diferentes estudos em que foi utilizado o EAT-26 ou EAT-40	79
Tabela 5 – Relação do EAT com o peso corporal	81
Tabela 6 - Estatísticas descritivas da idade por série	95
Tabela 7 - Estatísticas descritivas das notas escolares por disciplina	110
Tabela 8 - Rendimento Escolar: aprovações e reprovações	110
Tabela 9 - Rendimento Escolar	111
Tabela 10 – Reprovações por número de disciplinas	111
Tabela 11 – Rendimento Escolar dicotomizado por disciplina	112
Tabela 12 – Rendimento Escolar conforme o sexo	113
Tabela 13 – Aprovação e reprovação por disciplinas conforme o sexo	114
Tabela 14 – Notas médias das disciplinas por sexo	115
Tabela 15 – Comunalidades	116
Tabela 16 – Matriz de Cargas Fatoriais	116
Tabela 17 – Estatísticas descritivas do Fator 1 por sexo	118
Tabela 18 – Estatísticas descritivas do Fator 2 por sexo	118
Tabela 19 – Idade dos alunos por série	119
Tabela 20 - Faixa etária por serie	119

Tabela 21 – Rendimento Escolar por serie	120
Tabela 22 – Rendimento Escolar por idade	120
Tabela 23 – Estatísticas descritivas dos fatores por idade	121
Tabela 24 – IMC por sexo	123
Tabela 25 – IMC por idade	124
Tabela 26 – IMC por Rendimento Escolar (dicotomizado)	124
Tabela 27 – Estatísticas descritivas para o Desempenho Cognitivo (Fator 1)	125
Tabela 28 – Estatísticas descritivas para o Desempenho Físico	125
Tabela 29 – Resultado do EAT-26	126
Tabela 30 – Resultados do EAT-26 por sexo	127
Tabela 31 - Resultados do EAT-26 por idade	128
Tabela 32 - Escores do EAT-26 segundo o sexo	130
Tabela 33 – Estatísticas descritivas do EAT-26 por idade	130
Tabela 34 – Relação entre IMC e EAT-26 (ambos categorizados)	131
Tabela 35 – Mulheres: média do EAT-26 por IMC	132
Tabela 36 – Homens: média do EAT-26 por IMC e Estatística F	132
Tabela 37 – Rendimento Escolar por EAT-26	133
Tabela 38 – Rendimento Escolar por EAT-26: Sexo Feminino	134
Tabela 39 - Rendimento Escolar por EAT-26: Sexo Masculino	134
Tabela 40 – Reprovações por EAT-26 positivo e negativo por disciplina	135
Tabela 41 - Notas médias por EAT-26 positivo e negativo: Sexo Feminino	136
Tabela 42 -Notas médias por EAT-26 positivo e negativo: Sexo Masculino	138
Tabela 43 – Estatísticas descritivas do Fator 1 por EAT-26 positivo e negativo	139
Tabela 44 – Desempenho Físico (Fator 2) por EAT-26 positivo e negativo	139
Tabela 45 – Estatísticas descritivas do Fator 2 por EAT-26 positivo e negativo	140
Tabela 46 –Correlação entre fatores , EAT-26 por sexo	140
Tabela 47 – Correlação entre fatores, EAT-26 e IMC	141

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de Turmas por série/ por Colégio	93
Gráfico 2 - Percentual de alunos de acordo com as séries	94
Gráfico 3 - Número de alunos por gênero	94
Gráfico 4 – Percentual de alunos por série	95
Gráfico 5 - Frequências para IMC categorizado de acordo com a OMS	122
Gráfico 6 - Distribuição do sexo conforme o IMC	123
Gráfico 7 - Resultados do EAT-26 por sexo	127
Gráfico 8 - Resultados do EAT-26 por idade	129
Gráfico 9 - Rendimento Escolar em função do EAT-26	133

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
ÍNDICE DE QUADROS	IV
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
RESUMO	X
ABSTRACT	XI
INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
Comportamento alimentar.....	8
Padrão alimentar normal.....	9
Padrão alimentar anormal.....	10
Transtornos alimentares.....	13
Conceito.....	13
Aspectos históricos.....	17
Caracterização clínica.....	20
Comportamentos precusores	27
Epidemiologia dos Transtornos Alimentares e Comportamentos Precusores.....	28
Na população geral.....	28
Na população estudantil.....	32
Etiologia dos Transtornos Alimentares e Comportamentos Precusores.....	39
Aspectos biológicos.....	39
Aspectos psicológicos.....	40
Aspectos sócio-culturais.....	46
Aspectos familiares.....	51
Aspectos desenvolvimentais: a transição adolescente.....	55
Conseqüências dos Transtornos Alimentares	58

Conseqüências Médicas e Sociais.....	58
Implicações educacionais.....	61
Fatores que influem no Rendimento Escolar.....	61
Mudanças Cognitivas na Adolescência e o Rendimento Escolar....	66
Influência do Comportamento Alimentar no Rendimento Escolar..	68
Rendimento Escolar dos estudantes do Rio Grande do Sul e da cidade de Porto Alegre.....	74
Avaliação do Padrão Alimentar Anormal	75
 OBJETIVOS E HIPÓTESES	 84
Objetivos.....	85
Hipóteses.....	86
Hipótese 1.....	86
Hipótese 2.....	87
Hipótese 3.....	88
Hipótese 4.....	89
 METODOLOGIA.....	 90
Procedimentos metodológicos.....	91
A Amostra.....	91
Sujeitos.....	91
A Escola.....	96
Instrumentos.....	96
EAT-26.....	96
IMC.....	99
Resultados escolares.....	101
Procedimentos.....	102
Tratamento dos dados.....	104
Tratamento da Amostra.....	104
Tratamento das variáveis principais.....	104
Rendimento Escolar.....	104
Padrão Alimentar.....	105
IMC.....	105
Tratamento estatístico.....	106
 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	 108
Rendimento Escolar.....	109
Rendimento Escolar conforme o Sexo.....	112

Rendimento Escolar conforme a Idade.....	118
Padrão Alimentar.....	122
IMC.....	122
IMC conforme o Sexo.....	123
IMC conforme a Idade.....	124
IMC conforme o Rendimento Escolar.....	125
EAT-26.....	126
Índice de positividade.....	126
EAT-26 conforme o Sexo.....	126
EAT-26 conforme a Idade.....	128
Escores do EAT-26.....	129
Correlação do EAT-26 com o IMC.....	131
Correlação do EAT-26 com o Rendimento Escolar.....	133
Relação entre IMC, EAT-26 e Rendimento Escolar.....	141
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	142
..	
CONCLUSÕES.....	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	156
ANEXOS.....	171
Anexo A: carta à direção do Colégio 1.....	172
Anexo B: carta à direção do Colégio 2.....	173
Anexo C: instrumento aplicado.....	174
Anexo D: disciplinas dos Colégios 1 e 2.....	175

RESUMO

Os estudantes adolescentes são considerados como de risco para desenvolver Transtornos Alimentares (TAs). Existe, na literatura, a concepção de que jovens com TAs são, geralmente, excelentes alunos, alcançando altos níveis de rendimento. Uma vez que os TAs são observados com mais frequência entre as mulheres, a associação com esse (presumido) notável desempenho escolar fez surgir e firmar-se o Mito das Meninas de Ouro.

Essa pesquisa se propõe a examinar de forma objetiva as repercussões do Padrão Alimentar Anormal (PAA) no Rendimento Escolar (RE) dos jovens e verificar se há prejuízos educacionais em função da ocorrência do PAA.

Os instrumentos utilizados foram o Eating Attitudes Test-26, o Índice de Massa Corporal de Quetelet e o Boletim Escolar Quantificado. A amostra compõe-se de 806 estudantes de 2º Grau de Porto Alegre.

Os dados obtidos, submetidos à análise estatística, utilizando-se o programa SPSS, permitem as seguintes conclusões:

O índice de positividade medido pelo EAT-26 na população investigada foi de 14,4%, indicando alta prevalência de PAA entre os 806 estudantes de nível médio.

A prevalência de PAA é significativamente mais alta em estudantes do sexo feminino (25,1%) em relação aos do sexo masculino (5,5%).

As mulheres apresentam Rendimento Escolar significativamente mais alto do que os homens.

Não se verificou, em termos de RE, o alto desempenho dos alunos – especialmente das mulheres - com PAA.

Embora sem significância estatística, observa-se a tendência a ocorrer prejuízo no RE dos adolescentes com PAA.

A correlação significativa entre sexo e rendimento escolar, com as mulheres apresentando mais alto desempenho do que os homens, nos leva a pensar que as meninas são de ouro por serem mulheres e não por sua condição valetudinária.

Unitermos: Padrão Alimentar Anormal. EAT-26. Rendimento Escolar. Adolescência.

ABSTRACT

Teenage students are considered to be the most likely to develop Eating Disorders (ED). There's a general understanding in Literature that youths who suffer from EDs are usually excellent students, attaining high levels of performance. Since EDs are more often observed among women, the association with this (presumed) outstanding performance has brought about and confirmed the "Golden Girls Myth".

This research aims at objectively examining the repercussions of an Abnormal Eating Standard (AES) in academic performance among youths and finding out whether educational harms occur as a result of AES.

The instruments used were the Eating Attitudes Test-26, Quetelet's Body Mass Index and the Quantified School Bulletin. The survey includes 806 high school students in Porto Alegre.

The data obtained, by means of statistical analyses, using the SPSS program, enable us to reach the following conclusions:

The positiveness index, measured by the EAT 26 in the surveyed population was of 14,4%, showing high occurrence of AES among the 806 high school students.

The occurrence of AES is significantly higher among students of the female sex (25,1%) comparing to the ones of the male sex (5,5%).

Women have presented a significantly higher academic performance than men.

No high academic performance has been observed among students – especially women who had AES.

Even though without statistical relevance, it has been observed that teenagers with AES tend to have their academic performance impaired.

The significant correlation between sex and academic performance, in which women present a higher performance than men, leads us to believe that girls are golden because they are women, not because of their valetudinarian condition.

INTRODUÇÃO

O Padrão Alimentar Anormal, especialmente em suas formas mais graves – Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa – vem se disseminando nos últimos anos, entre os jovens escolares, a ponto de ser considerado, atualmente, em alguns países, um problema de Saúde Pública.

A prevalência aumentada dos Transtornos Alimentares (TAs), observada principalmente entre a população estudantil, tem levado inúmeros pesquisadores, dos mais diversos lugares, a intensificar seus estudos nesse campo de investigação, em busca de um conhecimento mais aprofundado sobre as causas, a evolução, o tratamento, as possibilidades de recuperação desses quadros, bem como as conseqüências para a vida social e educacional das pessoas acometidas de TAs.

Estes estudos têm contribuído, mais recentemente, para orientar a implementação de políticas de saúde na área de problemas relacionados à alimentação, e procurado chamar a atenção à necessidade do estabelecimento de programas de prevenção eficazes, especialmente nas escolas, onde se concentra a população de maior risco para o desenvolvimento de um Padrão Alimentar Anormal.

Embora a população escolar tenha sido identificada como a de mais alta suscetibilidade aos TAs, poucos pesquisadores se detiveram em examinar de forma objetiva as repercussões destes transtornos no desempenho escolar dos jovens. Existe, na literatura, a concepção de que jovens com problemas alimentares são, geralmente, excelentes alunos, alcançando altos níveis de rendimento. Um vez que os TAs são observados com mais

freqüência entre as mulheres, a associação com esse (presumido) notável desempenho escolar faz surgir e firmar-se o *Mito das Meninas de Ouro*.

As referências existentes sobre o desempenho escolar das pessoas com Padrão Alimentar Anormal provêm, contudo, principalmente de estudos com população clínica, nos quais os dados, embora relevantes, derivam da observação e a correlação é resultado da inferência e não de um levantamento sistemático e tratamento estatístico.

Foi na nossa prática como psicoterapeuta, tratando pacientes acometidas de TAs, que começamos a perceber dados que contradiziam aqueles trazidos pela literatura. Em nossas pacientes, eram comuns as queixas sobre dificuldades escolares (falta de concentração, baixo interesse nas atividades escolares, falta às aulas) traduzidas em baixo rendimento expresso nas notas.

Aliada a essas observações clínicas, chamava atenção o fato de que como os TAs coincidem com o período de transição adolescente, marcado por intensas mudanças biológicas, sociais e cognitivas, exigindo do jovem a redefinição de sua identidade como pessoa - mudanças às quais provocam, em grande número de casos, queda na auto-estima e processos depressivos, fatores positivamente associados a baixo rendimento escolar - se poderia esperar um declínio no desempenho escolar do jovem, e não o contrário, como apregoava a literatura.

Além disso, como os Transtornos Alimentares, per si, trazem consideráveis prejuízos de ordem física, afetiva e relacional, dificultando o desempenho da pessoa em vários aspectos de sua vida, começamos a nos perguntar se o Mito das Meninas de Ouro, sustentado pela literatura, não se revelaria exatamente o oposto quando submetido à investigação realizada a

partir de instrumentos mais precisos de medida do Rendimento Escolar e sobre um universo numericamente maior de estudantes.

Este trabalho procura situar-se no quadro da aparente contradição entre estas duas concepções acerca da relação entre Transtornos Alimentares e Resultados Escolares.

O trabalho tem como objetivo principal analisar a relação do Padrão Alimentar Anormal com o Rendimento Escolar de adolescentes estudantes do ensino médio na cidade de Porto Alegre, pondo à prova a idéia de que os jovens com Padrão Alimentar Anormal apresentam alto rendimento escolar.

O segundo objetivo é verificar se o Rendimento Escolar destes jovens sofre prejuízos em função da ocorrência de um Padrão Alimentar Anormal. De acordo com esse objetivo deverá ser possível encontrar Resultados Escolares menores entre aqueles estudantes incluídos na população de risco propensa a desenvolver Transtorno Alimentar.

O primeiro capítulo deste estudo compõe-se de um enquadramento teórico dividido em cinco sub-capítulos

No primeiro abordam-se questões relativas ao comportamento alimentar, procurando estabelecer, através da revisão bibliográfica, os princípios que caracterizam o padrão alimentar normal e, a partir daí, conceituar Padrão Alimentar Anormal. Ainda neste sub-capítulo conceituam-se os Transtornos Alimentares, abordando seus aspectos históricos e clínicos, diferenciando-os dos comportamentos precursores.

O segundo sub-capítulo trata de diferentes estudos epidemiológicos dos TAs e Comportamentos Precursores na população geral e estudantil, destacando as pesquisas realizadas em países ocidentais.

No terceiro sub-capítulo procura-se estabelecer a etiologia dos TAs e Comportamentos Precursores, a partir de seus aspectos biológicos, psicológicos, sócio-culturais, familiares e desenvolvimentais.

O quarto sub-capítulo é constituído da revisão bibliográfica sobre as conseqüências médicas e sociais dos TAs e suas implicações educacionais, enfatizando os fatores que influem no Rendimento Escolar e o boletim estatístico.

O quinto sub-capítulo trata dos instrumentos utilizados na avaliação do Padrão Alimentar Anormal, com ênfase ao Eating Attitudes Test (EAT-26), que será adotado no levantamento dos dados empíricos desse trabalho.

Os objetivos e hipóteses são apresentados no segundo capítulo deste trabalho.

No terceiro capítulo é enfocada a Metodologia utilizada, na qual caracteriza-se a amostra e se descreve o processo de coleta e tratamento dos dados.

O quarto capítulo constitui-se da apresentação dos resultados, levando-se em conta as três grandes variáveis com as quais iremos trabalhar: Resultados Escolares, Índice de Massa Corporal e Padrão Alimentar Anormal.

A análise e discussão dos resultados é realizada no quinto capítulo, cotejando-se os resultados quantitativos com os aportes teóricos que constituem nossa fundamentação.

Esse trabalho parece-nos relevante uma vez que se encontram poucas investigações no Brasil tanto sobre a temática dos TAs quanto, e principalmente, sobre sua relação com o Rendimento Escolar. Consideramos de importância fundamental compreender essa relação, especialmente em um país em que os altos índices de exclusão escolar por repetência e evasão determinam um ensino de primeiro e segundo graus altamente seletivo, com taxas

de escolarização que não ultrapassam 27% das crianças ingressantes, no caso do 1º Grau, e são menores ainda no 2º Grau.

Esse trabalho objetiva, assim, contribuir para ampliar a compreensão sobre os fatores implicados no Rendimento Escolar, em especial naqueles que podem levar à repetência escolar, uma ocorrência que, muito antes de permitir ao aluno refazer seu aprendizado, cria um espaço para a estigmatização desse aluno, marcando-o como diferente ou deficiente em relação aos seus pares.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Comportamento Alimentar

A alimentação é primordial para a manutenção da vida. Todos os organismos vivos necessitam, para manter-se, de material energético e de estrutura que obtêm através da ingestão de alimentos. Cervera, Clapes e Rigolfas conceituam alimento como “substancias naturales o transformadas que contienen uno o, más a menudo, varios elementos nutritivos. (...) Pueden ser de origen animal o vegetal, liquidos o sólidos. El agua y la sal pueden considerarse de origen mineral.” (Cervera, Clapes & Rigolfas, 1993, p.67).

No ser humano a alimentação, além de necessidade básica vital, adquire uma série de significados conscientes e inconscientes. O comportamento alimentar do homem é, e sempre foi, mutável. Varia ao longo do ciclo vital – cada fase do desenvolvimento requerendo um tipo diferenciado de alimentação -, no decorrer da história da espécie, das alterações climáticas, das diversas geografias, dos diferentes hábitos e renovadas aquisições humanas. No padrão alimentar, de um povo e de uma época, podemos, portanto, distinguir fatores sócio-culturais, simbólicos, econômicos e pessoais, bem como aspectos ligados tanto à prevenção e cura de doenças quanto à (deflagração, emersão, emergência, manifestação, surgimento) de enfermidades.

As influências sócio-culturais que incidem sobre o comportamento alimentar têm as mais diferentes gêneses. O consumo de determinados alimentos, por exemplo, adquire conotações marcadamente sociais. Pode-se observar aqueles que são considerados alimentos de ricos – o caviar, por exemplo – e alimentos de pobres – o feijão. Há os alimentos

adequados para serem servidos em ocasiões formais, quando há convidados, e aqueles ingeridos exclusivamente no dia-a-dia. Há, ainda, os alimentos consumidos por tradição – como o churrasco e o carreteiro dos gaúchos ou a farinha, complemento indispensável às refeições diárias dos habitantes do norte do país.

No pão encontra-se, talvez, o exemplo mais nítido do valor simbólico dos alimentos para os povos ocidentais de tradição cristã. O pão representa fartura, trabalho e – simbologia máxima – na missa, o corpo de Cristo. O Judaísmo proíbe o consumo de carne de porco, que consideram impura; aos indianos é vedado o consumo de carne de vaca, para eles animal sagrado. Para alguns povos a carne – especialmente a vermelha – está simbolicamente vinculada à agressividade, e abster-se de consumi-la é valorizado como desejo de “não violência”. (Cervera, Clapes & Rigolfas, 1993).

Os fatores da vida pessoal também influem consideravelmente na seleção dos alimentos. A falta de tempo disponível para preparar as refeições, o horário de trabalho ou da escola – diurno ou noturno -, a maior ou menor sensibilidade individual às mudanças climáticas, as preferências particulares – doce, salgado, amargo, ácido – determinam a inúmeras variações, quantitativas e qualitativas, no modo de cada um alimentar-se.

Padrão Alimentar Normal

Em função dos múltiplos fatores envolvidos na conduta alimentar, e da imensa variabilidade que acarretam, Cervera, Clapes & Rigolfas (1993) sustentam que o padrão

alimentar normal deve ser considerado como uma expressão do grupo socio-cultural ao qual os indivíduos pertencem .

“Una alimentación equilibrada, actualmente denominada ‘saludable’, es aquella que hace posible al individuo – tanto si es adulto como si está en época de crecimiento o se halla en alguna situación fisiológica especial – el mantenimiento de un óptimo estado de salud, a la vez que le permite el ejercicio de las distintas actividades que conlleva cada tipo de trabajo. La elección de alimentos se convierte, en la práctica cotidiana, en el acto de comer a distintas horas del día. Este acto voluntario de ingerir alimentos y combinarlos en los diferentes platos que configuran las comidas es fruto de las distintas normas que cada cultura ha creado de acuerdo con sus características, que en el fondo responden a la necesidad de cubrir sus necesidades nutritivas, respetando sus gustos, costumbres y posibilidades.” (Cervera, Clapes & Rigolfas, 1993, p.109).

Dito de outra forma, a quantidade e a qualidade de alimento que um indivíduo – seja enquanto criança, seja na vida adulta – deve ingerir “é a que lhe satisfaça a vontade de se alimentar (necessidade psíquica) e que lhe assegure bom crescimento e desenvolvimento (necessidade do organismo).” (Alcântara & Marcondes, 1994, p. 159).

Do ponto de vista estritamente nutricional, o padrão alimentar normal pressupõe equilíbrio nutritivo, o qual deve apoiar-se em três normas fundamentais, conforme apontam Cervera, Clapes & Rigolfas :

1º La ración alimentaria debe aportar diariamente la cantidad de energía necesaria para el buen funcionamiento del organismo y la continuidad de la vida;

2º Debe aportar también los nutrientes energéticos y no energéticos que permitan cubrir adecuadamente la función de nutrición;

3º Los aportes nutricionales descritos deben recibirse en proporciones adecuadas. Ello implica que debe respetarse un cierto equilibrio entre los componentes de la ración alimentaria. (Cervera, Clapes & Rigolfas, 1993, p.109).

O estado nutricional de uma pessoa expressaria, portanto, “o grau pelo qual as necessidades fisiológicas de nutrientes do indivíduo estão sendo atendidas.” (Czajka-Narins, 1995, p. 310).

Em síntese, pode-se definir padrão alimentar normal como aquele no qual “através de uma dieta adequada em quantidade e qualidade o organismo adquire a energia e os nutrientes necessários para o bom desempenho de suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde.” (Mondini & Monteiro, 1994, p. 433).

Padrão Alimentar Anormal

A necessidade primária de alimentar-se, inicialmente apenas fisiológica, torna-se no homem, além de uma prática culturalmente determinada, um ato de extremo prazer, associado não só ao alimento, mas a todas as circunstâncias que cercam o ato de comer.

O psicanalista argentino Rubén Zukerfeld observa que no animal a conduta alimentar inicia pelo sinal biológico da fome e se completa com a satisfação dessa necessidade, obtida através da ingestão do alimento. O tempo compreendido entre a satisfação e o próximo sinal de fome é denominado de período de saciedade e nele o animal não procura alimento. No ser humano, Zukerfeld identifica duas “subversões” neste padrão nutricional biologicamente determinado. A primeira subversão refere-se à *busca do prazer proporcionado pela alimentação*. A conduta alimentar, no homem, sublinha o autor, “no está regulada solamente

por la satisfacción de la necesidad nutricional sino también por la 'cuota hedónica', es decir, por el placer que el alimento brinda. De allí que el lenguaje acuñe el término 'apetito' para definir esta nueva situación. Esta condición es la que normalmente opera, en el vínculo con el objeto alimentario, con su especificidad e influida por variables históricas y culturales." (Zukerfeld, 1996, p. 26).

A segunda subversão nutricional apontada por Zukerfeld refere-se à *busca da mudança corporal*, que vai influir na conduta alimentar de maneira independente tanto da necessidade quanto do prazer. É esta segunda subversão nutricional que se encontra subjacente aos chamados *Transtornos Alimentares* (TAs) – uma síndrome comportamental definida e classificada pela Organização Mundial de Saúde e que inclui várias categorias diagnósticas. "En los trastornos de la alimentación verdaderos el objeto alimentario no es el objeto de la necesidad ni implica placer alguno." (Zukerfeld, 1996, p. 26).

Os TAs constituem aspectos mais graves dentre os vários problemas relacionados à alimentação, que estariam dispostos num "continuum", conforme estabelece a terapeuta familiar Cecile Herscovici. O modo disfuncional da pessoa lidar com os alimentos abrangeria "desde o comer seletivo (escolher os alimentos segundo certas categorias, por exemplo, nada de verduras, nada que requeira mastigar forte), passando pela conduta dietante (alimentar-se segundo regimes de projeto próprio ou lidos em alguma revista), até chegar ao transtorno alimentar propriamente dito." (Herscovici, 1997, p. 25).

Nessa perspectiva, e levando em conta o que até aqui foi exposto, podemos definir Padrão Alimentar Anormal da seguinte forma:

Trata-se de um conjunto de práticas alimentares que, em função de atitudes comportamentais e idéias inadequadas a respeito da ingestão de alimentos, não fornecem os nutrientes necessários ao equilíbrio nutricional, contrariam os hábitos culturais adotados pelo grupo no qual o indivíduo está inserido e convertem em desprazer o prazer normalmente associado ao ato de comer.

Transtornos Alimentares (TAs)

Conceito

Como já foi referido acima, o padrão alimentar anormal varia desde um simples comer seletivamente – o capricho alimentar – a formas mais bizarras de lidar com os alimentos - com sérios comprometimentos à saúde física, social e mental – encontradas nos Transtornos Alimentares .

Os TAs podem ser identificados desde fases bastante precoces do desenvolvimento infantil até a vida adulta. No entanto, tem aumentado muito, nos últimos anos, a incidência destas formas de perturbação alimentar graves com início principalmente na adolescência e início da vida adulta. De maneira geral, as pessoas com TAs passam a estabelecer uma atitude estranha com os alimentos, evitando comer pelo pavor da obesidade, comendo exageradamente sem ter fome e procurando expelir ou reduzir de todas as formas o alimento ingerido.

Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1992), reconhece oito categorias diagnósticas de TAs com prevalência em adolescentes e adultos : Anorexia Nervosa, Anorexia Nervosa Atípica, Bulimia Nervosa, Bulimia Nervosa Atípica, Hiperfagia associada a outras perturbações psicológicas, Vômitos associados a outras perturbações psicológicas, Outros transtornos alimentares e Transtorno alimentar não especificado. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) pela DSM-IV (1994) reconhece como TAs a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e o Transtorno Alimentar sem outra especificação. No apêndice B da DSM-IV encontramos o Binge Eating Disorder, traduzido para o português como Transtorno de Compulsão Periódica ou Transtorno do Comer Compulsivo, uma síndrome descrita em 1992, mas ainda não reconhecida como categoria diagnóstica .

Em função dos adolescentes e, principalmente, dos estudantes serem considerados população de risco para desenvolver Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, vamos nos deter, neste capítulo, de forma mais detalhada, na descrição destes transtornos.

A obesidade, embora não seja, atualmente, incluída entre os Transtornos Alimentares, tratando-se de uma doença endócrina, nutricional e metabólica, também será abordada nesse capítulo, em função de sua grande incidência na população adolescente em geral, e pelo fato de estar diretamente associada aos TAs, seja como efeito, seja como condição a ser temida, evitada ou eliminada.

A expressão anorexia deriva do vocábulo grego *órexis* que significa 'desejo', 'apetite'. Anorexia (*an* , 'sem' + *orex* , appetite) seria, portanto, a ausência ou diminuição de

apetite. Embora a diminuição do apetite seja, a um primeiro olhar, a face mais visível da Anorexia Nervosa, este transtorno alimentar se caracteriza, essencialmente, pela busca desenfreada da magreza, relacionada ao pavor de engordar.

Táki Cordás do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, descreve a Anorexia Nervosa como um transtorno que “desenvolve-se geralmente em meninas adolescentes e caracteriza-se por uma procura incansável pela magreza, levando a paciente a uma severa e auto-induzida perda de peso, em que usa, para essa finalidade, os mais diferentes e por vezes bizarros recursos.” (Cordás, 1993, p. 21).

Fazem parte destes recursos bizarros os rituais obsessivos relacionados à comida, tais como “esconder alimentos pelos armários, banheiro, dentro das roupas, da bolsa, dos sapatos ou gavetas, após cortar e embalar cuidadosamente os alimentos em pequenos e simétricos tamanhos.” (Cordás, 1993, p.21)

A palavra bulimia deriva do grego *boul*, ‘boi’ + *limos*, ‘fome’, significando em sua etimologia, “fome de boi”. A Bulimia Nervosa (BN) pode ser caracterizada como um “complexo de ser gordo”. A pessoa acometida de BN realiza grande ingestão de alimentos hipercalóricos seguida de mecanismos purgativos, jejuns ou excessiva atividade física, evitando o engorde. A sua etiologia é complexa e multifatorial. Quanto à personalidade, a maioria tem baixa auto-estima, sentimentos de desesperança, medo de tornarem-se gordas e a peculiaridade do comportamento alimentar como uma forma de lidar com o estresse e a ansiedade (Barros, 1996a).

“La persona que la padece come sin ningún placer, sin apetito y generalmente sola y escondida. Este comportamiento carece de toda base nutricional. La bulimia se produce por crisis y de una forma estereotipada para cada paciente. (...) La finalidad en la bulimia no es nutrirse sino compensar, es decir, llenar un vacío insoportable. El acto alimentario es como un mecanismo de descarga.” (Cervera, Clapes & Rigolfas, 1993, p.266).

Obesidade deriva do grego *ob*, ‘excesso’ + *edere*, ‘comer’. A Obesidade é uma condição médica geral caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, levando ao aumento do peso corporal, com um comportamento observável de valorização do comer em detrimento de outros prazeres da vida. Cormillot, Zukerfeld , Olkies, Murua, e Ravenna, de Buenos Aires, caracterizam a obesidade como “una tendencia a ingerir más de lo que el organismo necesita para graduar su equilibrio en el peso normal, siendo generalmente este exceso debido a hidrato de carbono, y/o a una mala utilización de la ingesta que hace que se transforme muy fácilmente en grasa y/o a una disminución de la actividad física.” (Cormillot, Zukerfeld, Olkies, Murua & Ravenna, 1977, p. 25). O endocrinologista Walmir Coutinho assinala que “os indivíduos obesos podem ser classificados de diversas maneiras. Algumas classificações traduzem apenas uma preocupação acadêmica, enquanto outras podem embutir aspectos fisiopatológicos de importância fundamental na abordagem terapêutica.” (Coutinho, 1998, p. 198).

Uma condição psicopatológica especial dentro da obesidade é o Binge Eating Disorder (BED), traduzido para o português como Transtorno do Comer Compulsivo ou Transtorno de Compulsão Periódica. O Transtorno do Comer Compulsivo , ou Binge Eating Disorder (BED), caracteriza-se, de acordo com o DSM-IV (1995), pela ingestão periódica de grandes

quantidades de alimentos, acompanhada de sentimento de falta de controle. Estes episódios estão associados com comer mais rapidamente do que o normal, comer até sentir-se empanturrado, comer muito mesmo sem fome, comer sozinho pela vergonha e sentir-se culpado por comer em excesso. A pessoa não utiliza comportamentos compensatórios inadequados, tipo purgação, enemas, jejuns e exercícios físicos excessivos. Encontra-se presente, ainda, acentuada angústia relativa ao ataque de comer. Barros (1997) enfatiza que “a compulsão alimentar é um fenômeno psicopatológico que tem o ‘poder de fogo’ de dificultar o sucesso dos tratamentos prescritos, fortalecendo o sentimento de desilusão já presente na maioria dos pacientes com obesidade que procuram os programas de emagrecimento.” (Barros, 1997, p.65).

O tratamento do BED, segundo Barros (1996b, 1997), deve ser norteado pela presença de uma condição médica geral – a obesidade. É preciso atentar, também, para a significativa co-morbidade de transtornos psiquiátricos, especialmente depressivos, o caráter recidivante do transtorno, além de um acentuado sentimento de desilusão quanto à eficácia do tratamento.

Aspectos históricos

A literatura médica registra como primeira descrição clínica de um transtorno relacionado à alimentação, o relato feito em 1694 pelo médico inglês Richard Morton sobre uma estranha doença em que a total falta de apetite, sem a presença de qualquer outro sintoma, devastava o corpo. No livro *A Treatise of Consumptions*, Morton relata dois casos tratados por ele em 1684: o de uma jovem de 18 anos, que viria a falecer em alguns meses, e o de um rapaz de 16 anos, ao qual foi possível salvar. A descrição feita por Morton dos

aspectos físicos e clínicos dos dois pacientes dão a idéia de que se tratava de um Transtorno Alimentar mais tarde conhecido como Anorexia Nervosa:

Não me lembro em toda a minha vida de ter visto alguém compatível com a vida, que estivesse tão devastado por um tal grau de consumpção (como um esqueleto apenas tapado pela pele) embora não tivesse febre, mas pelo contrário uma frialdade de todo o corpo, sem tosse ou dificuldade de respirar, nem aparência de qualquer problema de pulmões ou outro órgão; sem diarreia ou outro sinal de disenteria ou perda de líquidos digestivos fora do natural. Somente o apetite estava diminuído e a digestão difícil, com desmaios, com recidivas freqüentes.

O filho do reverendo Mr. Steele (...) caiu gradualmente numa total falta de apetite, (...) e em consequência disso numa atrofia generalizada, definhando cada vez mais pelo espaço de dois anos, sem tosse, febre ou outro sintoma de mau funcionamento dos pulmões ou outro órgão; também não tinha diarreia ou diabetes ou outro sinal de coliquação, ou evacuação prematura. E daí em diante considerei a sua consumpção nervosa e tendo como base o hábito total do corpo e partindo do desarranjo dos nervos. (Morton, *apud* Carmo, 1994, pp.30-31).

Em ambos os casos, Morton observa um fato peculiar, acompanhando a eclosão do transtorno: a extrema dedicação desses dois jovens ao estudo. A moça, em suas palavras, “estava habituada a estudar à noite, sempre agarrada aos livros”; o rapaz “caiu gradualmente numa total falta de apetite, ocasionada por ter estudado demais (...)” (Morton, *apud* Carmo, 1994, p.30-31).

Quase dois séculos após a publicação do livro de Morton, outro inglês, o médico Sir William Gull, de Oxford, apresenta, em agosto de 1868, dois casos de um transtorno ligado à alimentação, ao qual denomina de Anorexia Histérica, que afeta sobretudo pessoas do sexo feminino, principalmente entre as idades de 16 a 23 anos.

Na mesma época, o médico francês Ernest-Charles Laségue, professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Paris, publica, em abril de 1873, o trabalho *L'Anorexie Hystérique*, em que relata os casos de oito mulheres entre 18 e 32 anos, cujo transtorno iniciou com a redução gradual da comida, levando, posteriormente, à recusa prolongada em alimentar-se. Mais do que a descrição física da doença, Laségue ressalta os aspectos emocionais do transtorno, tais como a insegurança pessoal, a negação da doença e a contribuição familiar na perpetuação dos sintomas.

Em 1973 Hilde Bruch, médica e professora de Psiquiatria no Baylor College of Medicine Houston, Texas, descreveu em seu clássico livro "Eating Disorder: obesity, anorexia nervosa, and the person within," que a anorexia nervosa, na época, era uma doença rara, mas que o interesse médico sempre foi grande, bem desproporcional para sua ocorrência pouco frequente. O contínuo fascínio por essa rara condição é provavelmente evocado pela tragédia de se ver uma pessoa nova, no auge da juventude, buscando solução para problemas da vida, através desse método bizarro de inanição voluntária; algo que contraria qualquer experiência humana. (Bruch, 1973).

Enquanto as descrições da Anorexia Nervosa remontam desde há séculos, a Bulimia Nervosa somente foi descrita há menos de 20 anos. Em 1979, o médico inglês Richard Russell

publica o artigo *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*, no qual relata a observação feita em 30 pacientes – 28 mulheres e 2 homens – durante seis anos e meio (de 1972 a 1978), concluindo que nestes pacientes “episodes of overeating constituted the most constant feature of the disorder.” (Russell, 1979, p. 429).

Embora a preocupação do homem com a obesidade seja quase tão antiga quanto a humanidade, e dela tenhamos registro através das artes - literatura, pintura, escultura – seja pela valorização formal, seja pela galhofa, zombaria, sátira, até poucos anos atrás era tida como um problema puramente estético. Hoje, a obesidade é considerada pela medicina como uma enfermidade “concreta y autónoma, estrechamente relacionada con la producción o agravamiento de otras enfermedades como hipertensión, problemas cardíacos y diabetes, cuyos efectos negativos sobre la salud son muy importantes.” (Cormillot, 1988, p. 34).

Mesmo reconhecida como patologia, até a década de 30, a obesidade foi tratada como um distúrbio provocado pela disfunção das glândulas endócrinas. Os aspectos psicológicos responsáveis pela aquisição e manutenção do excesso de peso corporal não eram considerados. Foi somente a partir das décadas de 40 e 50 “que uma aproximação de natureza psicológica passou a receber maior ênfase.” (Kahtalian, 1992, p.274).

Caracterização Clínica

Os transtornos alimentares - Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) - são considerados na década de 90 como paradigma na concepção psicossomática, isto é, são

transtornos mentais e de comportamento que afetam a pessoa no contexto biopsicossocial. disfunção familiar, dificuldades na capacidade laborativa, comprometimento na saúde, prejuízos na qualidade e riscos de vida. São transtornos que ocorrem preferentemente em mulheres adolescentes e adultas jovens, associados com co-morbidade de transtornos de ansiedade, do humor, de personalidade, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, comportamento alimentar bizarro, acompanhado de mecanismos purgativos e atividade física excessiva, que visam o emagrecimento.

A Anorexia Nervosa (AN) se caracteriza essencialmente por apresentar, de acordo com o DSM-IV publicada em 1994, os seguintes critérios diagnósticos:

A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por. ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.

C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que a mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por exemplo: estrógeno). (DSM-IV, 1995, p.516).

O DSM-IV (1995) diferencia a AN em dois tipos. O Tipo Restritivo ocorre quando o indivíduo, durante o episódio de AN, não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). O envolvimento regular em um comportamento compulsivo de ingestão de alimentos ou de purgação, durante o episódio atual de AN, caracteriza o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo.

Embora o DSM-IV (1995), indique a idade média para o início do transtorno como sendo de 17 anos, a médica endocrinologista Isabel do Carmo, membro do Núcleo de Estudos do Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria, de Lisboa, constata que “dum modo geral, todos os estudos mostram que a idade em que esta doença ocorre se estende dos 10 aos 25 anos, embora haja casos excepcionais que surgem antes ou depois destas idades. Dentro deste leque, para alguns parece haver um predomínio entre os 13 e os 14 anos e para outros entre os 15 e os 19 anos. O aparecimento dos sintomas nas nossas doentes, situa-se predominantemente entre os 13 e os 16 anos.” (Carmo, 1994, p. 47).

Hardy & Dantchev (1989, p. 140) caracterizam a Anorexia Nervosa como “une maladie de l’adolescence”, ressaltando que a idade média de aparecimento é entre 16 e 17 anos e que o primeiro contato com o médico geral ocorre por volta dos 19 anos.

Goldbloom e Garfinkel ressaltam que “um aspecto característico, mas não universal da AN é um transtorno na imagem corporal pelo qual a pessoa realmente superestima seu tamanho corporal atual significativamente, acreditando-se gorda, mesmo em estágios de avançada magreza. Suas origens são desconhecidas; as hipóteses incluem regressão do

significado maturacional da menarca, a ligação de autovalorização com gordura corporal em uma relação inversamente proporcional e fixação em um estágio operacional concreto de desenvolvimento piagetiano. Este transtorno de autopercepção corporal está intimamente relacionado a sentimentos de aversão pelo corpo *anedonia*. ” (Goldbloom & Garfinkel , 1992, p. 102).

Segundo os critérios diagnósticos da DSM-IV da American Psychiatric Association, a BN caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar, com ingestão de grandes quantidades de alimentos em curto espaço de tempo; sensação de perda do controle; comportamento compensatório inadequado e repetitivo, com o fim de prevenir o aumento de peso, tal como a auto-indução de vômito, o uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, os jejuns ou exercícios excessivos.

A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses. Também é necessário, como critério diagnóstico, que a auto-avaliação seja indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo e que o transtorno não ocorra exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa. Na BN temos dois tipos de transtorno: o purgativo e o sem purgação. Neste último, a paciente bulímica utiliza os jejuns e/ou exercícios físicos excessivos como mecanismos compensatórios.

A obesidade caracteriza-se por um aumento de peso ou um excesso de graxa corporal em relação com o peso padronizado, que vem dado fundamentalmente pela altura, o sexo e a idade.

De acordo com Mahan e Arlin (1995) a obesidade é consequência de um desequilíbrio entre a ingestão energética e o consumo energético. Os autores enfatizam que “é possível ser obeso com o peso dentro dos limites normais, de acordo com os valores padronizados, como é possível ter excesso de peso sem estar obeso; entretanto, na maior parte das pessoas, excesso de peso e obesidade ocorrem paralelamente.” (Mahan & Arlin, 1995, p. 336).

Os critérios clínicos para o diagnóstico da obesidade são obtidos através das medidas de avaliação do peso e da composição corporal. O peso corporal é a soma da massa magra e tecido adiposo e, alternadamente, “da gordura e da massa livre de gordura”. Os métodos devem incluir a medição da massa livre de gordura e da massa de gordura. Podemos citar alguns métodos de medição da massa livre de gordura: água corporal total; potássio corporal total; condutividade corporal total e excreção de metabólitos musculares. Para os métodos de medição de massa de gordura temos: gases solúveis em gorduras; densidade corporal total (Densitometria e Pletismografia); ultra-sonografia; tomografia computadorizada e antropometria com a medição da espessura da prega cutânea, o peso corporal e os índices ponderais. (Braguinsky & Mazza, 1987, p.5).

Os valores das referidas medidas de avaliação variam em função da época, do sexo, das idades e da instituição que os avalia e determina. O Índice de Massa Corporal (IMC) ou Body Mass Index (BMI) de Quetelet (matemático belga), uma medida antropométrica, atualmente é o mais utilizado e recomendado, reconhecido pelo National Institute of Health. O IMC é obtido pela divisão do peso corporal em quilos pela altura em metros ao quadrado (kg/m^2). O IMC tem limitações, como todos os métodos de avaliação da obesidade. Ele é um

indicador de corpulência e não de adiposidade, não diferenciando entre massa gorda e massa magra. No caso de um indivíduo com massa muscular muito desenvolvida pode dar um resultado falso positivo.

Garrow (1981) classifica o grau de obesidade, segundo o IMC, em três níveis, conforme o quadro abaixo:

Tabela 1 – Classificação da Obesidade segundo Garrow

Tipo de Obesidade	Índice de Quetelet	Grau de Obesidade
I	25.0 – 29.9	Leve
II	30.0 – 40.0	Moderada
III	> 40.0	Grave

Garrow (1981, p. 46)

Uma nova classificação dos tipos de obesidade foi proposta por Brownell & Wadden (1991), vinculada ao processo de seleção da melhor alternativa terapêutica para cada indivíduo. Os autores estabelecem quatro níveis de obesidade: 1) entre 5 a 20% de sobrepeso; 2) de 21 a 40%; 3) de 41 a 100%; e 4) superior a 100% de sobrepeso.

O National Centre of Health Statistics considera o IMC um dos melhores métodos de aferir excesso de peso em estudos epidemiológicos, além de ser o mais simples e barato. Segundo o National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES II), a obesidade é definida com IMC maior ou igual 27,8 kg/m² para homens e maior ou igual 27,3 kg/m²

para mulheres. (National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement , 1985, p. 1076).

Llewellyn-Jones & Abraham, consideram o IMC de Quetelet a mais apropriada medida do peso corporal. "The index has been used to define the boundaries of various grades of obesity and we have used it to define grades of low body weight". (1984, p. 1800).

Braguinsky e Mazza (1987) estabelecem, para o estudo clínico da obesidade, os seguintes critérios diagnósticos:

1. Espesor del pliegue cutáneo. Se consideran diagnóstico de obesidad valores del espesor del pliegue cutáneo, determinados en una o más regiones, superiores al percentilo 90 de los valores de referencia.(...)

2. Peso relativo. Se consideran diagnóstico de obesidad valores de peso relativo de 125 o mayores en relación a los pesos medios de la población. (...)

3. Índice de masa corporal: B.M.I. ($P/talla^2$). En mujeres adultas se considera rango óptimo valores de 18.7 a 23.8 y obesidad a partir de 27. En hombres el rango optimo es de 20.1 a 25 y obesidad a partir de 28. (Braguinsky & Mazza, 1987, pp.10-11) .

Embora os valores do IMC apresentem pequenas variações, de acordo com a instituição que os estabelece, os valores comumente aceitos são: peso magro, quando o IMC é abaixo de 20 Kg/m²; peso desejável, entre 20 a 25 Kg/m²; excesso de peso (sobre-peso), entre 25 a 30 Kg/m²; obesidade entre 30 a 40 Kg/m² e super obesidade (obesidade mórbida) acima de 40 Kg/m². (Carmo, 1997, p.50).

Comportamentos Precursores

Pesquisas de base populacional têm detectado, na população em geral comportamentos alimentares semelhantes aos encontrados na AN e BN, mas que, por apresentarem-se de forma isolada, sem outras características clínicas presentes nos TAs, não preenchem completamente os critérios necessários ao diagnóstico destes transtornos, sendo chamados de *comportamentos precursores* ou *síndromes parciais*.

Rosen (1996) sublinha que pode haver sinais de desenvolvimento de desordens alimentares que não refletem uma inteiramente desenvolvida e diagnosticável síndrome, mas que incluem alguns aspectos afetivos e cognitivos de um transtorno alimentar, por exemplo o intenso medo de aumentar de peso ou um distúrbio no modo pelo qual o peso corporal é experienciado.

Estes comportamentos incluem práticas tais como: dietas restritivas, jejum, uso sistemático de laxantes, uso de diuréticos, indução de vômitos, uso de moderadores do apetite, exercício físico extenuante, deixar de fazer duas refeições principais ao dia e comer compulsivo.

São considerados precursores, por que sua presença é considerada fator de risco, tornando os indivíduos mais suscetíveis ao desenvolvimento do Transtorno Alimentar.

Epidemiologia dos Transtornos Alimentares e Comportamentos Precursores

Na População em Geral

A prevalência dos Transtornos Alimentares na população geral, segundo o DSM-IV (1995), é de 0,5 a 1,0 % de AN entre mulheres na adolescência tardia e início da idade adulta e de 1 a 3 % de BN entre mulheres adolescentes e adultas jovens.

Em um artigo publicado na Revista de Saúde Pública Francesa, Devaud, Michaud & Narring (1995), realizando uma revisão da literatura epidemiológica sobre TAs, publicada durante os últimos 30-40 anos, constataram que até 1980 os autores de estudos anteriores afirmavam que a incidência de anorexia estava aumentando. A partir de 1990, pesquisas retrospectivas mais estritamente definidas mostram que a incidência e prevalência da anorexia mantêm-se estável, embora distúrbios anoréxicos atípicos estejam aumentando. Neste artigo, a incidência de anorexia - estritamente definida - é avaliada em 1/100.000 habitantes dentro da população francesa em geral e 20 a 30/100.000 habitantes entre mulheres de 15 a 45 anos de idade.

Além disso, os autores relatam que a partir de 1980, usando novos métodos diagnósticos, tais como o EAT, autores descrevem novos distúrbios nutricionais, como a

bulimia, cuja incidência está calculada em 2 a 5% entre mulheres de 15-45 anos de idade. A variação dos resultados - isto é, as médias - é provavelmente explicada pelo caráter heterogêneo do método epidemiológico, bem como uma tendência à rejeição dos indivíduos que sofrem de doenças graves.

Em estudos epidemiológicos encontra-se, segundo Flaherty & Andrianopoulos (1995, p. 223), que aproximadamente 95% de todos os indivíduos afetados por Anorexia Nervosa são mulheres, e que existe um risco acentuadamente maior se uma pessoa tem uma irmã com o transtorno alimentar. A incidência geral de Anorexia Nervosa entre mulheres norte-americanas é estimada em 7% (em estudos randomizados de pessoas em supermercados) e de 0,5 a 3% entre garotas de escolas particulares. Existem dois picos de incidência: aos 14 ½ e aos 18 anos; 85% dos pacientes desenvolvem esta doença entre os 13 e 20 anos de idade. Historicamente, a AN vinha sendo mais comum nas classes mais altas, mas porém esta tendência está decrescendo.

Götestam, Eriksen, Heggstad & Nielsen (1998) estudaram a ocorrência de Transtornos Alimentares em pacientes admitidos nos hospitais gerais da Noruega, no período compreendido entre 1990 e 1994, com diagnóstico de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, totalizando 845 sujeitos com idade acima de 10 anos. A pesquisa mostrou que um pequeno número de homens (50) com Transtornos Alimentares foram admitidos. Das pessoas internadas com diagnóstico de AN e BN, 94,1% (795 casos) eram mulheres e apenas 5,9% homens.

Em um estudo de 11 anos de duração do Projeto de Epidemiologia de Rochester, os pesquisadores determinaram a incidência de Bulimia Nervosa pela identificação de pessoas

residentes na comunidade de Rochester, Minnesota, que tiveram o distúrbio diagnosticado no período compreendido de 1980 a 1990. Foram identificados 777 registros médicos com diagnóstico de Transtornos Alimentares diversos. Destes, 103 (100 mulheres e 3 homens) preenchiam os critérios diagnósticos DMS-III-R para Bulimia Nervosa. A incidência anual de BN em mulheres avançou nitidamente de 7.4 por 100.000 habitantes em 1980 para 49.7 em 1983, e então permaneceu relativamente constante por volta de 30 por 100.000 habitantes. (Soundy, Lucas, Suman, & Melton, 1995).

Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Haplan & Woodside (1995), num estudo epidemiológico com 8.116 indivíduos de uma comunidade não-clínica, residentes na cidade de Ontário, no Canadá, encontraram a incidência de Bulimia Nervosa em 1,1% entre mulheres e 0,1% entre homens.

Num levantamento de 16 estudos sobre Transtornos Alimentares, publicados nos E.E.U.U. na década de 80, Shisslak, Crago & Neal (1990) constataram que a incidência de Anorexia Nervosa variou de zero a 2,6% em mulheres. Apenas dois destes estudos investigaram a ocorrência de AN em homens. Em um deles, nenhum caso de AN foi encontrado entre a população masculina; no outro, apenas 0,1% homens da amostra manifestaram sintomas anoréxicos. A incidência de BN entre mulheres, encontrada nestes estudos, variou de 0,4% a 16,2%; entre homens, a ocorrência de 0 a 1,2%.

Como se pode constatar, através dos estudos epidemiológicos, a prevalência dos Transtornos Alimentares é significativamente mais alta em mulheres do que em homens. De acordo com estes estudos, a prevalência de AN na população feminina varia de 0,5% a 7% e

a de BN varia de 0,4 a 16,2%. Entre os homens, foram encontrados valores de 0 a 0,1% para AN e 0 a 1,2% para BN.

A prevalência da obesidade na população em geral tem crescido nas últimas décadas. O National Institute of Health Consensus Development Panel on The Health Implications of Obesity assinala que 34 milhões de adultos norte-americanos pesam 20% acima do peso corporal desejável. Olefsky (1994) frisa que, por esse critério, 20 a 30 por cento dos homens adultos norte-americanos e 30 a 40 por cento das mulheres adultas, são obesas, sendo que as taxas mais altas de obesidade são encontradas entre populações pobres e grupos minoritários. De acordo com Pastore, Fisher & Friedman (1996) a obesidade está aumentando também entre crianças e adolescentes, estando presente em aproximadamente 21% dos adolescentes norte-americanos.

Isabel do Carmo refere que na França, a prevalência real da obesidade é de 4,5% para homens e 8,9% para as mulheres. Na Itália, a prevalência de excesso de peso e de obesidade na população em geral é calculada em cerca de 46% para os homens e de 30% para as mulheres. (Carmo, 1997, p.14).

A prevalência de adultos brasileiros (das Regiões Metropolitanas do Sudeste e Nordeste) na faixa etária de 25 a 64 anos com obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) em 1989 é de 11,4%, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (Mondini & Monteiro, 1994, p.437).

A prevalência de obesidade na cidade de Porto Alegre em pesquisa realizada por Polanczyk, C. A. et al., 1988 foi de 15 % para mulheres e 16 % para homens. (Polanczyk, Neves, Costa, Leite & Duncan, 1990).

Em Pelotas, RS, Piccini (1996), trabalhando com uma amostra de 1.657 pessoas, representativas da população de 20 a 69 anos de idade, residentes na zona urbana, e utilizando como ponto de corte recomendado pela Organização Mundial de Saúde, o IMC de 30, 0 kg/m², encontrou como prevalência de obesidade entre os homens 15,3% e, entre as mulheres, 23,2%.

Na População Estudantil

Um estudo telefônico com 1.007 estudantes, homens e mulheres, de 53 universidades dos Estados Unidos, seguindo o critério do DSM-III-R, para Bulimia Nervosa forneceu uma prevalência de 1% em mulheres e 0,2% em homens. (Drewnowski & Hopkins, 1988).

Uma avaliação em 204 escolares sul-asiáticas e 355 caucasianas foi feita em Bradford, na Inglaterra, usando o EAT-26 e o Body Shape Questionnaire (BSQ). Na entrevista, sete meninas asiáticas e duas caucasianas apresentaram critério DSM-III-R para bulimia nervosa, mostrando uma predominância de 3.4% e 0.6%, respectivamente. Uma garota asiática apresentou critério DSM-III-R para Anorexia Nervosa. Entre as asiáticas, os altos escores EAT e BSQ foram associados com uma orientação cultural mais tradicional e não com uma

maior ocidentalização. É provável que estas conclusões reflitam as dificuldades culturais e familiares devido a estas meninas asiáticas terem crescido na Inglaterra. (Mumford, Whitehouse, & Platts, 1991).

Steinhausen, Winkler & Meier (1996) numa pesquisa realizada com 607 estudantes de uma escola de Zurich, na Suíça, com idade entre 14 a 17 anos encontram a taxa de prevalência para AN de 0,7% ou 7 por 1000 mulheres e uma taxa de 0,5% para BN entre meninas adolescentes.

Numa pesquisa realizada com 509 estudantes chineses (108 homens e 401 mulheres), em Chongqing e Shanghai, 1,3% da população estudantil (1,8% de homens e 1,3% de mulheres) preencheu os critérios diagnósticos do DSM- III para Bulimia Nervosa. Nenhum dos estudantes chineses preencheu o critério diagnóstico para Anorexia Nervosa. (Chun et al., 1991).

O Grupo de Estudo de Doenças de Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria, Lisboa, em inquérito com 2400 raparigas do ensino secundário, entre os 10 e os 12 anos, encontrou 15 % de excesso de peso. As “com peso normal ou baixo, cerca de 52% tinham ‘horror a aumentar o peso’, 49% diziam que tinham ‘uma parte do corpo gorda’ e 38% queriam ser mais magras. 20% sentiam-se mal com o corpo, porque se sentiam gordas e cerca de 13% estavam a fazer dieta na altura e a perder peso.” (Carmo, 1997, pp. 14-17).

O mesmo Grupo de Estudo realizou um inquérito entre 770 universitários, obtendo os seguintes resultados: “ 55% queriam perder peso, 12% estavam a fazer dieta na altura e cerca de 49% já tinham feito dieta.” (Carmo, 1997, p. 17). Em Lisboa, o Grupo do Hospital

Militar “encontrou entre os jovens recrutas uma porcentagem de obesidade de cerca de 10%. Poderemos concluir que, entre os jovens portugueses, os números relativos ao excesso de peso se situam nesta porcentagem.” (Carmo, 1997, p. 46).

Um estudo realizado pela Escola de Nutrição em Massachusetts por Bailey & Goldberg (1989), identifica padrões particulares de comportamento alimentar entre universitárias americanas e associa estes com o peso corporal. Em 62 mulheres, 95% estavam com o peso médio previsto nas tabelas convencionadas pelo Metropolitan Life Insurance Company. Apesar deste resultado, 85% dos sujeitos da amostra verbalizavam estar levemente ou muito gordas; 62% relataram que estavam freqüentemente em dietas, 54% disseram que haviam perdido ou ganho peso nos últimos 7 meses.

Hendren, Barber & Sigafos (1986) em uma pesquisa sobre comportamentos precursores, encontrou a incidência de desordens no comportamento alimentar entre adolescentes femininas de alta classe-média; um grupo de pesquisadores norte-americanos administrou questionários investigatórios em duas escolas privadas da cidade de Washington D.C. A amostra consistia de 592 adolescentes, com idade de 12 a 15 anos. Um ou mais sintomas de desordem alimentar foi relatado por 18,1% das alunas do internato e 18,6% das do colégio diário. No internato, 7,5% das alunas relataram que pensam sobre comida e peso “all of the time”, 2,2% usam laxativos, 12% relataram episódios de vômito auto-induzido para controlar seu peso e 7,4% usam com freqüência jejum ou “starving” como meio de controlar o peso. Na escola dia, as porcentagens foram praticamente às mesmas do internato, com variações de 1 a , no máximo, 2%.

Salmons, Lewis, Rogers, Gatherer & Booth (1988) numa pesquisa, em uma escola inglesa, constataram que as meninas tornavam-se progressivamente insatisfeitas com sua forma e tamanho corporal na faixa etária compreendendo dos 11 aos 18 anos, enquanto os meninos estavam relativamente despreocupados com estes aspectos de seus corpos.

Emmons (1992) num estudo em que examina a prevalência e intensidade do comportamento de dieta e *purging* numa amostragem de 1.269 estudantes masculinos e femininos, brancos e pretos, em 10 escolas secundárias, da maior área de Cleveland, Ohio, mostra uma maior incidência destes comportamentos do que foi relatado em outras pesquisas.

Quarenta e um por cento de meninos negros, 42% de meninos brancos, 61% de meninas negras, e 77% de meninas brancas faziam dieta. Um quarto dos que faziam menos dieta perderam no máximo 8lb (3,62kg) na dieta de maior sucesso que fizeram e permaneceram em suas dietas menos do que 3 semanas, enquanto que $\frac{1}{4}$ dos que faziam mais dieta perderam no máximo 16lb (7,25kg) na dieta de maior sucesso que fizeram e permaneceram em suas dietas mais do que 2 meses. A maioria dos que fazem dieta exercitam-se 3 a 6 horas por semana. Um quarto dos meninos que fazem dieta e um terço das meninas que fazem dieta, jejuam por 24 horas pelo menos uma vez por semana. Um percentual mais alto de meninas do que meninos usam *purging* (comportamento purgativo) para auxiliar na perda de peso. Significativamente mais meninas negras (18%) do que meninas brancas (7%) usam laxativos e diuréticos (11% e 7%), enquanto que, significativamente mais meninas brancas (16%) do que negras (3%) usaram o vômito. Meninos negros e brancos foram similares no comportamento de dieta e purgativo. Portanto, a raça aparece como sendo um fator insignificante nos meninos em estudos deste tipo. O mesmo não é verdadeiro para as

meninas negras e brancas. (Emmons, 1992)

A autora enfatiza que estudos anteriores mostravam que apenas 4% a 24% dos meninos de escola secundária faziam dieta, porcentagem significativamente menor do que a encontrada em sua pesquisa. Emmons acredita que a aparente discrepância dos dados deve-se a mudanças culturais. A porcentagem de rapazes que recorrem a dietas, segundo a autora, deve ter crescido “dramaticamente” em função das consideráveis pressões para obter uma imagem culturalmente desejável ou, para os mais desportistas, das exigências de seus programas de treinamento. (Emmons, 1992, p.309).

Pastore, Fisher & Friedman (1996) estudaram as anormalidades no peso, atitudes alimentares e comportamento alimentar em estudantes do nível médio de zona urbana de New York. A amostra foi constituída por 1.001 estudantes, com a idade média de 16 anos, 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Neste estudo, 15% das mulheres e 6% dos homens apresentavam atitudes alimentares anormais.

Herscovici (1997a) enfatiza que estudos realizados em países desenvolvidos do Ocidente indicam que um terço das mulheres recorre ao jejum, durante certos períodos, e uma em cada 10 aos vômitos auto-provocados como forma de controlar o peso corporal. A indução de vômitos inicia precocemente, às vezes a partir dos 13 anos, e tem sido uma prática cada vez mais freqüente. Entre as adolescentes, uma em cada vinte recorre ao vômito induzido pelo menos uma vez por semana.

French, Perry, Leon & Fulkerson (1995) em um estudo prospectivo com 3 anos de duração, realizado em uma escola suburbana de Minnessota avaliou as mudanças psicológicas e comportamentais, associadas com diferentes padrões de dieta de adolescentes mulheres, nas

idades de 12 a 15 anos. Os pesquisadores constataram que na amostra estudada 29% das adolescentes faziam dietas frequentemente, 35% não faziam dieta e 36% ocasionalmente faziam dieta. Das estudantes que faziam dieta frequentemente foi encontrada que 6% recorriam ao vômito como forma de controlar o peso, 5,9% usavam moderadores de apetite, 0,6% laxativos e 34,1% apresentaram pelo menos um ataque de comer ("binge") no último ano.

Hay (1998) da Universidade de Adelaide, Austrália, pesquisou a ocorrência de desordens no comportamento alimentar de 3.001 pessoas maiores de 15 anos residentes no sul da Austrália. Encontrou na população estudada que 3,2% apresentavam episódios regulares de "binge eating", 1,6% jejuavam regularmente ou usavam dieta restritiva e 0,8% apresentavam comportamento purgativo (uso de laxativo, diurético e vômito provocado) para controle de peso.

Devaud, Jeannin, Narring, Ferron & Michaud (1998), estudando os comportamentos precursores entre 1084 estudantes da Suíça, com idade de 15 a 20 anos, encontraram os seguintes indicadores: entre as garotas, 62% disseram que queriam perder peso, 37% relataram episódios de jejum, 9,1% engajavam-se em ataques de comer, pelo menos uma vez por semana (1,9% diariamente) e, 1,6% auto-induziam o vômito pelo menos uma vez por semana.

Investigando os métodos utilizados pelos adolescentes, em Porto Alegre, para emagrecer, Fassina, Fernandes, Bernardi, Fassina, Oliveira, Feijó & Sukster (1996), pesquisaram 711 alunos de 5 escolas, na faixa etária de 14 a 18 anos. Encontraram que 52% dos adolescentes (81% do sexo feminino e 19% do sexo masculino), já tinham feito algo para

emagrecer como: 87,2% exercícios físicos; 69,3% dieta; 44,3% consumo de alimentos dietéticos; 36,5% ingestão de chás; 35,3% jejum; 17,5%; ingestão de líquidos em excesso; 17,5% uso de produtos comerciais emagrecedores; 7,8% anfetaminas; 3,9% laxantes e 3,5% diuréticos.

Em pesquisa realizada em Porto Alegre com 513 mulheres residentes na zona urbana do município, com idade entre 12 e 29 anos, buscando investigar a prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso, Nunes (1998) constatou que 11,3% da população estudada, apresentava comportamento alimentar anormal, 30,2% tinham comportamento alimentar de risco e 58,5%, não apresentou comportamento alimentar anormal. Entre os comportamentos precursores, 16,4% faziam exercício físico freqüente, 8,5% usavam laxantes, 7,8% faziam dieta restritiva, 5,1% usavam remédio para emagrecer, 3,1% jejuavam, 2,8% usavam diuréticos, 2,5% nunca ou raramente faziam duas refeições principais por dia e 1,4% induziam o vômito.

Etiologia dos Transtornos Alimentares e Comportamentos

Precursosores

Embora as pesquisas sobre Padrão Alimentar Anormal estejam bastante adiantadas, em termos de epidemiologia, os estudos sobre a etiologia destes transtornos apresentam-se, ainda, inconclusivos. Parece existir, no entanto, pelo menos um consenso entre os autores: a etiologia dos TAs é multifatorial. Os fatores geralmente apontados como importantes na determinação dos TAs são de ordem biológica, psicológica, familiar, sócio-cultural e aqueles próprios do desenvolvimento adolescente.

Aspectos Biológicos

A mais divulgada hipótese sobre a possível causa biológica da Anorexia Nervosa atribui o transtorno a uma disfunção hipotalâmica. (Gremillion, 1992). Echeburúa (1996) acentua que essa disfunção deve-se ao estresse e que, via estruturas corticais, produziria os sinais físicos na AN, como a amenorréia, a falta de apetite, a hipotermia e a hiperatividade. O autor ressalta, no entanto, que as pesquisas encontram-se num nível especulativo, não sendo possível determinar com precisão a real influência do hipotálamo na etiologia da AN.

Kaplan, Sadock & Grebb (1997) observam que os opiáceos endógenos podem contribuir para a negação da fome dos pacientes anoréxicos. Na Bulimia Nervosa, alguns

investigadores têm associado os ciclos de compulsão periódica e purgação com vários neurotransmissores, notadamente a serotonina e a noradrenalina.

Yates (1992) frisa que o gênero é o mais evidente determinante biológico para a suscetibilidade ao Transtorno Alimentar. As mulheres correm dez vezes mais risco de desenvolver problemas nessa área do que os homens. O autor sustenta que o comportamento alimentar nas mulheres é influenciado pelas flutuações hormonais mensais. Estrógeno parece fazer decrescer o apetite, enquanto a progesterona aumenta. Yates sustenta, ainda, que discretas mudanças geneticamente determinadas nos neurotransmissores – norepinefrina e serotonina - poderiam conferir a predisposição para o Transtorno Alimentar.

Michael (1991) enfatizando a importância dos fatores genéticos para a etiologia da anorexia nervosa e bulimia nervosa, observa, que embora os estudos empíricos tenham sido realizados em pequeno número, há sugestivas evidências de concentração dos TAs em familiares. Da mesma forma, estudos com gêmeos monozigóticos apontam para um efeito genético mais do que ambiental na predisposição para a anorexia nervosa. Apesar desses resultados, o autor afirma que uma conclusão sobre a predisposição genética aos TAs ainda é prematura.

Aspectos Psicológicos

Do ponto de vista psicológico, existem vários modelos explicativos dos TAs. Os mais difundidos têm sido o psicodinâmico, o psicanalítico e o cognitivo-comportamental.

A compreensão psicodinâmica parte dos estudos iniciais da Hilde Bruch, que enfatiza as

dificuldades precoces na relação mãe-bebê como causadoras dos transtornos alimentares. Bruch (1982) sugere que ocorre na infância uma precária diferenciação egóica devido à respostas inadequadas da mãe - por excesso ou por negligência - às necessidades da criança, especialmente aquelas relacionadas à alimentação.

As psiquiatras Maria José Gonçalves e Eduarda Rodrigues, do Hospital de D. Estefânia, em Lisboa, observando a amamentação de bebês com perturbações alimentares perceberam a sistemática “ausência de um clima de intimidade entre a mãe e a criança”. O bebê, em geral, era mantido numa posição desconfortável, pouco aconchegado à mãe e pouco fixava seu olhar ao dela. A mãe, em postura rígida e tensa, permanecia desatenta aos sinais da criança, distraíndo-se com interferências provenientes do exterior. Interrupções na amamentação, ou porque o bebê se engasgava, ou porque a mãe - interrompendo a introdução do leite - o deixava chupando no vazio, eram freqüentes. (Gonçalves & Rodrigues, 1998).

Herscovici (1997b, p. 170) observa que “quando a mãe falha em decodificar os sinais de seu filho e o alimenta de acordo com suas próprias necessidades e ritmo, a criança cresce com confusão com seus próprios estados internos físicos e emocionais.” Quando a criança fica maior, ela se sente desamparada para alimentar seu distorcido “self” interno e coloca uma irrealística ênfase nas expectativas em relação a seus pais. Ela passa a tentar controlar rigidamente seu próprio corpo “num desesperado, mas inútil esforço em estabelecer um senso de controle e identidade.” (Bruch, 1982). Como suas expectativas externas são percebidas, como tudo o mais, de forma grandiosa, ela nunca consegue ser magra o bastante.

A dificuldade de perceber e diferenciar os estados afetivos cria, portanto, a distorção na imagem corporal, produzindo sentimentos de incapacidade e ineficácia. (Echeburúa, 1996, p.215)

Ajuriaguerra & Marcelli (1991) ao descreverem a Psicopatologia da esfera oro-alimentar iniciam dizendo que “em torno da alimentação prende-se o eixo da mais precoce interação entre mãe e filho” e que “uma freqüente observação das moças anoréxicas mentais é o desgosto que declaram experimentar ao verem seus pais comendo” (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991, p.116-118).

Spignesi (1992) numa abordagem que destaca a dimensão simbólica da AN, compreende o transtorno como descendente moderno da histeria. A síndrome seria, para a autora, uma defesa sexual, uma perturbação do impulso. Spignesi cita o caso de uma mulher que enrubescia ante o olhar de um homem, ou toda vez que era feita qualquer referência a assuntos de amor. Essa mulher descobriu que podia controlar o medo de enrubescer quando mantinha-se em jejum, deixando totalmente de corar, quando a perda de peso tornou-se acentuada. “Assim, a anorexia é antitética ao primeiro rubor de um novo amor; a anoréxica reside sob o nosso rubor, separada da emoção e da sexualidade madura.” (Spignesi, 1992, p.21).

Muitos estudos que privilegiam um entendimento psicodinâmico para a AN, destacam o transtorno alimentar como expressão da patologia dos vínculos afetivos com dificuldades na individuação e autonomia.

Smolak & Levine (1994) em um estudo investigatório em colégio feminino sobre o processo de separação-individuação, encontrou nas alunas com tendências anoréxicas e

bulímicas um maior conflito de dependência se caracterizando por culpa excessiva, falta de confiança e ressentimento.

Gabbard (1998) resumindo a compreensão psicodinâmica da anorexia nervosa diz que a conduta de auto-inanição é determinada por múltiplos fatores. Pode ser compreendida como 1) uma tentativa desesperada de ser especial e única, 2) um ataque ao falso sentido de *self*, estimulado pelas expectativas dos pais, 3) uma afirmação do nascimento do verdadeiro *self*, 4) um ataque à introjeção materna hostil, vista como equivalente do corpo, 5) uma defesa contra a voracidade e o desejo e 6) um esforço para fazer os outros sentirem-se ávidos e desamparados no lugar do paciente. (Gabbard, 1998, p. 250).

A compreensão psicanalítica dos TAs – particularmente da AN - parte da teoria freudiana sobre a *satisfação oral*, equacionada como um ambivalente desejo (e medo) de prazer sexual. A perda de apetite da anoréxica é interpretada como perda da libido. Na 21ª carta ao amigo otorrinolaringologista, Wilhelm Fliess, escrita provavelmente em 1895, Sigmund Freud comentava:

“A famosa *anorexia nervosa* de moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirmava que não tinha se alimentado, simplesmente porque não tinha *nenhum apetite*, não havia qualquer outro motivo. Perda do apetite – em termos sexuais, perda da libido.” (Freud, 1969, p.276).

A teoria psicanalítica explica a recusa à alimentação das anoréxicas como uma defesa contra a fantasia de fecundação oral, o desejo expressando-se por periódica ingestão de alimentos, seguida por culpa, aversão, e um ritual de purificação como o vômito. (Gremillion, 1992, p.61).

Dare & Crowther (1995) sustentam que, de acordo com os princípios psicanalíticos, é possível levantar a hipótese de que a mulher anoréxica substituiu sua preocupação infantil com a falta física do pênis pela preocupação com sua forma corporal. Ela esforça-se por ser fisicamente perfeita e perder sua inaceitável aparência feminina. Os caracteres sexuais secundários abolidos pelo jejum representam, psicologicamente falando, a rejeição da jovem mulher a sua feminilidade e sua subserviência à fantasia de que ela poderia alcançar um outro estado ideal.

Maldavsky (no prelo) acredita ser difícil que as manifestações de um paciente com Anorexia Nervosa coincidam com as descrições teóricas de uma entidade clínica como a histeria ou a esquizofrenia. Nos TAs, acham-se múltiplas combinações (características históricas, psicóticas e somáticas) e a evolução clínica satisfatória põe em evidência que algumas das estruturas prevalentes em um começo irão cedendo seu lugar a outras, com a conseqüente necessidade de que o terapeuta readapte seu enfoque e ajuste suas intervenções com as mudanças ocorridas.

A Bulimia, segundo Kaplan, Sadock & Grebb (1997), teria origem nas dificuldades de separação/individuação da criança em relação a seus responsáveis primários, manifestadas pela ausência de objetos transicionais durante os anos da infância. O corpo seria usado como os objetos transicionais. Na concepção dos autores, a ambivalência em relação aos alimentos, expressaria o esforço para separar-se da figura materna. Comer representaria o desejo de fundir-se com o responsável primário e vomitar, seria a expressão inconsciente de separar-se.

A visão psicodinâmica da obesidade, segundo Alperovich (1988), apresenta três aspectos causais. O primeiro, é a ênfase oral precoce e habitual com valorização de comidas

engordantes. Um segundo fator é a imobilização do filho pelo comportamento dos pais; a mãe geralmente dominadora e muitas vezes obesa, o pai fraco, passivo e ausente, permite o domínio da mãe. O terceiro fator é a repressão genital perpetrada pelos pais suprimindo a possibilidade de identificação filial com um pai ativo e genital.

O modelo etiológico cognitivo-comportamental da NA, postula que todos os fatores causais convergem na crença da paciente de que é absolutamente necessário estar magra. A conduta anoréxica se vê reforçada positivamente pela magreza alcançada através da dieta e jejum, ao qual proporciona gratificação e sentimentos de domínio e autocontrole. Este modelo reconhece a possível influência de fatores genéticos de alterações nos neurotransmissores, do impacto familiar e da presença de transtornos afetivos na etiologia do transtorno. (Garcia, 1994)

Para a Bulimia Nervosa, segundo Garcia (1994), o modelo cognitivo-comportamental identifica a ansiedade como fator central no transtorno. As pessoas acometidas de BN teriam escassas habilidades para lidar com situações estressantes de absorver o impacto que determinados acontecimentos vitais produzem em seu estado afetivo. As condutas purgativas teriam a função de reduzir a ansiedade. A depressão, as dificuldades interpessoais, os hábitos obsessivos-compulsivos, além da ansiedade têm relevância no processo de desencadear e manter os ciclos de ataque de comer/conduta purgativa.

Para a psicologia cognitivo-comportamental, a sobre-ingestão, determinante da obesidade, é uma conduta apreendida, utilizada pelo sujeito como mecanismo para reduzir a ansiedade. Os indivíduos obesos teriam dificuldades em discriminar entre respostas emocionais e fome, o que os conduz a ingerir alimentos como resposta a sua ativação

emocional, mantendo esse comportamento em função das qualidades reforçadoras do alimento. (Garcia, 1994).

Aspectos Sócio-culturais

Os TAs – Anorexia Nervosa e Bulimia - e seus comportamentos precursores têm sido estudados como patologias próprias do mundo Ocidental, atingindo principalmente mulheres jovens, brancas, e de nível sócio-econômico médio para alto. Mitchell & Eckert (1987) consideram os transtornos alimentares como um tipo único de psicopatologia, em que a cultura, como uma variável ambiental, parece ser o maior fator etiológico em seu desenvolvimento.

O superinvestimento nos cuidados com o corpo, o culto a magreza, a silhueta esguia - atitudes que constituem a denominada “corpolatria” -, a extrema valorização do controle do peso, a preocupação com dietas, são considerados valores da cultura contemporânea ocidental fortemente implicados no desenvolvimento dos TAs. Decorrem, de acordo com Echeburúa (1997), da grande importância que se dá, na época atual, aos atributos físicos e à pressão para a perfeição e o controle.

Bouça assinala que “o corpo tem sido utilizado na cultura actual, como uma imagem poderosa que todos os dias, e por todos os meios, nos é apresentado para falar de sucesso, competição e implantação social. A mensagem que se impõe, é de que o corpo ideal e perfeito deverá ser muito magro, controlado e disciplinado, sem resquício de gordura, com poucas formas e músculos firmes. Acabar com a celulite tornou-se a palavra de ordem. ‘Faça dieta, exercício, controle a fome e será mais bela entre as mais belas.’” (Bouça, 1997, p. 40).

Para Herscovici (1997b) a pressão cultural exercida sobre as mulheres para enquadrar-se nos padrões da moda, contribui para a proliferação de dietas. Há evidências de que muitas anoréxicas começam sua restrição alimentar após um casual comentário crítico a respeito de seu corpo. A autora afirma que essas pressões incidem igualmente sobre os homens, como comprovaria a procura às academias e ginásios dedicados ao fisiculturismo, mas acredita que os TAs afetam os homens em menor proporção devido à diferente valorização social dos sexos.

Em relação aos homossexuais, afirmam que a maior prevalência pode ser determinada por pressões internas da própria população quanto à magreza e atividade física. “Esses indivíduos parecem apresentar maior insatisfação com sua imagem corporal, além de maior preocupação com o peso ou ganho de peso, do que os indivíduos heterossexuais.” (Assunção & Cordás, 1998, p. 5).

Taylor, Sharpe, Shisslak, Bryson, Estes, Gray, McKnight, Crago, Kraemer & Killen (1998) examinando os fatores que determinam a preocupação de estudantes do sexo feminino de ensino médio, residentes na Califórnia e no Arizona, com o peso corporal concluíram que 36% dos sujeitos tentavam emagrecer para serem parecidas com as mulheres de TV ou revistas. A pressão cultural é vista por estes autores como um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Levine e Smolak (1996) realizando um levantamento para identificar o papel da mídia no desenvolvimento de distúrbios alimentares encontraram dados reveladores. As 106 páginas do número de Abril de 1994 da revista *Teen* - um dos periódicos de maior circulação nos Estados Unidos, dirigidos a adolescentes do sexo feminino - traziam 95 fotos de corpo

inteiro de garotas ou mulheres. Nenhuma aparentava estar, ao menos, um pouquinho acima do peso, apenas duas eram afro-americanas e somente duas possuíam cintura e ancas moderadamente avantajadas. Outro levantamento mostrou que as 10 revistas mais lidas pelas mulheres no outono de 1987, nos E. U. A, continham 56 anúncios ou artigos sobre dietas e 20 anúncios ou artigos sobre musculação e ginástica. Contra 5 e 17, respectivamente, nas revistas mais lidas pelos homens no mesmo período. Análises de conteúdo mostram que 45% a 52% dos artigos em revistas dirigidas à adolescentes, focalizam a aparência e somente um terço, ou menos, tratam de questões relacionadas à identidade e desenvolvimento do *self*. Quanto a televisão, as pesquisas mostraram, entre outros dados significativos, que embora homens com sobrepeso raramente sejam vistos em comerciais de TV, eles são 2 a 5 vezes mais comuns do que mulheres com sobrepeso. Além disso, a grande maioria das mulheres mostradas na televisão são mais magras do que a média das mulheres norte-americanas.

A respeito dos efeitos da mídia no desenvolvimento e manutenção de distúrbios alimentares, Levine e Smolak concluíram que as mensagens das revistas e emissoras de TV, glorificam o corpo delgado e a perda de peso e que as revistas de moda e a televisão, são psicologicamente significativas nas vidas de dois grupos de risco: de jovens adolescentes e de jovens mulheres universitárias.

Gabbard (1998) afirma que o bombardeio de imagens de mulheres esbeltas a que a mídia eletrônica submete o público leva a acreditar, que a aparência externa é muito mais importante que a identidade interna. Em suas observações sobre a influência da cultura nos transtornos alimentares, Gabbard chega a anunciar que “é uma síndrome que reflete a cultura.” (Gabbard, 1998, p. 248).

As pressões competitivas para obter uma silhueta esbelta, são ainda maiores em determinados grupos profissionais, como o dos bailarinos, e podem ser fator importante na etiologia dos distúrbios alimentares. Grange, Tibbs, & Noakes (1994) avaliaram um grupo de 49 estudantes femininas de balê (idade média = 18.9 anos), de escolas norte-americanas, utilizando índices psicológicos apropriados (Eating Attitude Test) e físicos (peso e altura), no início do ano de treinamento acadêmico realizaram um acompanhamento de 10 meses. A anorexia nervosa foi diagnosticada em 2 estudantes (4.1%), enquanto outras 4 estudantes (8.2%) apresentaram síndrome parcial de anorexia. Todas as estudantes diagnosticadas foram orientadas a completarem seu ano acadêmico de treinamento.

Como todo fenômeno com determinantes culturais, os TAs apresentam tendência ao contágio social. Grandall (1988) num estudo com estudantes universitárias observou que um sintoma psicopatológico marcante e característico nos Transtornos Alimentares, o binge eating (ataque de comer), ocorria com maior frequência, entre as alunas à medida que se aproximava o término do ano acadêmico. Em uma delas, a frequência destes empanturramentos tinha correlação direta com a de sua amiga mais próxima. Grandall observou que quanto mais estreitas são as relações de um grupo integrante, maior a tendência à conduta copiadora, adquirida do binge. (Grandall, 1988).

A terapeuta familiar Laura Giat Roberto, da Eastern Virginia Medical School, entende que, “culturalmente, os transtornos alimentares representam uma comunicação ‘secreta’ quanto ao descontentamento das mulheres com suas opções sociais para a auto-expressão e trabalho significativo.” (Roberto 1994, p.169).

Embora amplamente reconhecida entre os pesquisadores como fator importante na etiologia dos TAs, a hipótese cultural vem sendo questionada atualmente, em virtude do surgimento de informes a respeito da aparição de transtornos alimentares fora do mundo ocidental e em distintos grupos étnicos.

Num estudo para investigar possíveis diferenças em atitudes / problemas alimentares e sua associação com problemas psicológicos em mulheres jovens de diferentes origens étnicas, Button, Reveley & Palmer (1998) avaliaram 235 mulheres com idade entre 18 a 27 anos, residentes nos Estados Unidos, das quais 59,8% eram caucasianas, 25,8% indianas, 11% afro-caribenhas e 3,4% tinham outras origens asiáticas, incluindo chinesas. Os resultados mostraram haver, em geral, pouca diferença nas atitudes e comportamentos alimentares das asiáticas em relação às ocidentais. Houve diferença significativa apenas quanto ao uso da indução de vômitos para controlar o peso, método utilizado por 11,4% das caucasianas e por apenas 1,4% das Asiáticas e 0% das afro-caribenhas.

Em um estudo realizado na Ilha de Curaçao, Caribe, por um período de dois anos, Hoek, van Harten, van Koeken & Susser (1998) constataram que a incidência de Anorexia Nervosa na população feminina predominantemente 'creole (black or mixed)' foi de 2,6/100.000. Os autores ressaltam que este achado contraria a concepção, frequentemente aceita, de que a pressão sócio-cultural para a dieta seja fator crucial na causação de AN bem como de que esse transtorno ocorra somente nas sociedades ocidentais. Os autores enfatizam que na população caribenha o sobrepeso é socialmente aceitável. (Hoek, van Harten, van Koeken & Susser, 1998).

Conforme mostram as pesquisas mais recentes, a ocorrência de AN, BN e comportamentos precursores, tem sido observada entre migrantes e em sociedades que estão atravessando rápidas mudanças econômicas e sócio-culturais. Herscovici acredita “esses novos grupos humanos, ao mesmo tempo em que adotam valores individualistas e consumistas, ficariam imbuídos da relação paradoxal entre abundância de alimentos e peso corporal. Os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares seriam mais suscetíveis às tensões dessa mudança cultural.” (Herscovici, 1977b, p.174).

Banks (1992) ressalta que embora os TAs envolvam em essência, valores culturais e não possam ser compreendidos a parte destes valores e contextos, o entendimento da AN e BN como síndrome estritamente vinculada aos países ocidentais é muito simplista e deve ser revisada, assim como a compreensão do complexo papel da cultura no desenvolvimento dos TAs em contextos ocidentais deve ser clarificado.

Saslavski (1996) considera os TAs enfermidades da cultura e sustenta que, se além dos fatores psicobiológicos presentes nestes transtornos, analisar-se as circunstâncias sócio-culturais nas quais são gerados, encontraremos, seguramente, severas desordens em nossos valores sócio-culturais e uma crise profunda na ordem social.

Aspectos Familiares

Os transtornos alimentares são considerados, por muitos autores, como expressão das dificuldades na comunicação familiar. Eduardo Sá, Professor da Universidade de Coimbra, enfatizando as “más maneiras de sermos bons pais”, diz que “as grandes desordens

alimentares das crianças são, na sua esmagadora maioria, resultantes da ausência de regras sensatas e maleáveis a esse nível, e da grande angústia dos pais que se vive, na relação com elas, através dos alimentos.” (Sá, 1995, p.49).

Dificuldades de funcionamento familiar têm sido percebidas desde os primeiros relatos da AN e apontadas como de importância etiológica. Num estudo realizado por Rodrigo, González, Rodrigo & Güervos (1990) na Unidade de Psiquiatria do Hospital “Nuestra Señora de Sonsoles”, Avila, com 27 pacientes acometidos de AN, as disfunções familiares foram muito freqüentes.

De acordo com Roberto, a “condição *sine qua non* das famílias que apresentam transtornos alimentares é uma dificuldade crônica para tolerar, promover e integrar as diferenças individuais dentro da família nuclear como um todo.” (Roberto, 1994, p. 167).

Horesh, Apter, Ishai, Danziger, Miculincer, Stein, Lepkifker & Minouni (1996) da Seção de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Escola de Medicina Sackler, Israel, observaram relações familiares significativamente conflitantes em pacientes adolescentes com alterações da alimentação, principalmente a pressão inadequada dos pais. A pressão familiar inapropriada foi específica somente nos indivíduos com distúrbios alimentares comparados com outros pacientes psiquiátricos. Além disso, os escores do Eating Attitudes Test correlacionaram-se significativamente com eventos psicossociais que aparecem relacionados com emoções negativas nas famílias como hostilidade dirigida à criança, incompatibilidade com irmãos, superproteção dos pais e mudanças negativas nas relações familiares. Os TAs, de acordo com estes autores, podem ser relacionados a um conflito entre a prematura exposição ao mundo dos adultos e o medo do vínculo com esse mundo.

Estes resultados sustentam a crescente literatura sobre a inter-relação entre disfunções familiares e transtornos alimentares.

Num estudo de investigação das características de laço familiar e do processo de separação/individuação, associados aos TAs em mulheres com adolescência tardia, Rhodes & Kroger (1992) aplicaram instrumentos objetivos de avaliação (Eating Disorder Inventory, Parental Bonding Inventory, e o Separation-Individuation Test of Adolescence) em 20 mulheres com adolescência tardia e distúrbios alimentares e 20 estudantes universitárias sem sintomas de adolescência tardia. As mulheres com adolescência tardia e distúrbios alimentares, apresentaram níveis significativamente mais altos de superproteção materna durante a infância e tinham níveis significativamente mais altos de ansiedade pela separação e, escores mais baixos de separação saudável do que as estudantes sem distúrbios alimentares

Minuchin (1982) entende o sintoma anoréxico como a solução encontrada pela jovem anoréxica, para a disfunção familiar. Segundo Minuchin (1985), nas famílias das anoréxicas, a expressão e comunicação de sentimentos é desestimulada e há uma nítida sensação de evitar conflitos.

Larson (1991) estabelecendo a relação entre padrões de comunicação familiar e Transtornos Alimentares em garotas adolescentes, encontrou evidências consistentes de que o uso frequente de comunicações contraditórias, complexas e negativas na família podem ser um importante fator para o desenvolvimento de traços de personalidade que conduzem ao uso inapropriado da alimentação.

Herscovici e Bay, que trabalham no Hospital Italiano de Buenos Aires dentro do modelo de abordagem familiar sistêmica, salientam que a pessoa acometida do transtorno alimentar não é a única a sofrer as conseqüências. “Quando a família assiste impotente à autodestruição que um ente querido se inflige, a anorexia nervosa se torna o eixo de preocupação de seus membros.” (Herscovici & Bay, 1997, p.69).

North, Gowers & Byram (1995) realizaram um estudo com trinta e cinco adolescentes anoréxicas e suas mães, com os respectivos grupos de controle comunitários e psiquiátricos. Uma entrevista diagnóstica e um questionário, o Family Assessment Device, foram administrados a indivíduos controle e suas mães. As famílias de anoréxicas receberam somente o McMaster Structured Interview of Family Functioning. Esta pesquisa concluiu que, pelo auto-relato, o funcionamento familiar nas famílias de anoréxicas é normal, mas a aplicação de níveis objetivos de contraste revelou acentuada disfunção nas famílias de anoréxicas, maior ainda no subgrupo purgativo.

Brumberg (1988) frisa que os estudos têm falhado em encontrar características patológicas consistentes nas mães de mulheres com anorexia nervosa, embora a percepção que têm de suas mães esteja implicada na doença. Um estudo, comparando mulheres universitárias sintomáticas e assintomáticas descobriu que as mulheres com anorexia nervosa tinham impressões mais negativas das vidas de suas mães. Tanto as sintomáticas quanto as assintomáticas, expressaram sentimentos positivos por suas mães, mas as mulheres sintomáticas, tenderam a dizer que não desejavam para si vida levada pelas mães.

Para Korb (1994), a percepção do modelo do papel materno, mais do que a mãe real, é que pode estar relacionada à anorexia nervosa.

Aspectos desenvolvimentais: a transição adolescente

A ocorrência prevalente de TAs na fase da adolescência está relacionada às profundas transformações corporais que marcam esta fase do desenvolvimento e ao lugar ocupado pelo corpo na psicologia do adolescente. A chegada da puberdade provoca uma súbita alteração no ritmo de crescimento do jovem. O aumento de peso e tamanho, até então gradual, entra em ritmo acelerado. A criança começa a ganhar, em média, cinco quilos e a crescer de sete a dez centímetros por ano, pelos próximos cinco ou seis anos. Ao mesmo tempo, desenvolvem-se os órgãos genitais, crescem os seios e os pêlos, aparecem as primeiras ereções e menstruações. O jovem se vê assim, frente a um corpo desconhecido e não mais se reconhece: perdeu os contornos do corpo infantil, ainda não ganhou as formas do adulto.

Smolak & Levine (1996) enfatizam que embora as transições sejam períodos de grandes oportunidades, implicam também em grande risco. São períodos de considerável instabilidade, em que as estruturas sociais, cognitivas e de personalidade existentes são desmanteladas e reorganizadas. Isto significa que o indivíduo possui limitados recursos com os quais contar enquanto passa pela transição.

Carmo (1997) lembra, que na adolescência, as pessoas estão muito voltadas para a observação do corpo delas próprias e dos outros, “porque está em transformação e porque é um elemento muito importante da sua vida, sobretudo no que se relaciona com o despertar da sexualidade.” (Carmo, 1997, p. 53-54).

Bouça (1997) observa que o corpo de criança modificou-se e deixou de ser apenas fonte de bem-estar próprio, para se voltar para o corpo dos outros e com eles aprender e experimentar novas emoções e conhecimentos.

Segundo Marcelli e Braconnier é neste corpo em transformação que se centra a maior parte dos conflitos da adolescência. "Uma das características do adolescente está em servir-se do corpo e das condutas ditas somáticas como modo de expressão de suas dificuldades e como meio de relação." (Marcelli & Braconnier, 1989, p.115).

De acordo com Rees (1995), os adolescentes podem querer que certas partes do corpo sejam maiores ou menores do que são. Isto pode levá-los a tentar mudar seus corpos, manipulando o consumo dietético, o que pode acarretar conseqüências negativas, fato este que certos interesses comerciais exploram rapidamente. Rápidos aumentos de peso, acompanhando o desenvolvimento de características sexuais secundárias, levam muitas mulheres jovens à restrições desnecessárias da quantidade de comida que ingerem. Homens jovens são tentados a usar suplementos nutricionais, esperando obter a aparência muscular de adultos." (Rees, 1995, p. 248).

Os hábitos alimentares na adolescência se modificam também, com a independência crescente dos adolescentes, aumento da participação na vida social e programas atarefados. Frequentemente, comem rápido e fora de casa, estão começando a comprar e preparar sua própria comida e deixam de fazer muitas refeições em casa. Estes fatos, segundo Rees (1995) contribuem para que os adolescentes desenvolvam um padrão alimentar muitas vezes caótico.

Um outro aspecto a ressaltar na questão adolescente, refere-se ao desenvolvimento psicosexual dessa fase, que corresponderia, segundo autores de linha psicanalítica, a uma nova etapa à qual o indivíduo chega, com uma sexualidade organizada desde a infância.

Na adolescência seriam revividas, então, as experiências sexuais infantis. "Assim como durante a fase genital prévia se estabelece o triângulo edípico, na adolescência este se reativa com toda a intensidade, porque como a instrumentação da genitalidade se faz factível, o indivíduo se vê obrigado a recorrer a mecanismos de defesa mais persistentes e enérgicos." (Aberastury & Knobel, 1981, p.47).

A Anorexia Nervosa expressaria, assim, "a incapacidade de integrar as transformações da puberdade e assumir o papel sexual genital; o conflito situa-se ao nível do corpo, que é recusado e maltratado, e não ao nível das funções alimentares." (Marcelli & Braconnier, 1989, p.134).

Medico e Quintana (1996) observaram, no trabalho clínico, que nas pacientes com sintomas anoréxicos, o controle da ingestão de alimentos se instala no momento que as vivências internas são significadas como transbordantes e que não se sentem donas de seu próprio corpo, situação na qual tentam intervir através de um rígido controle.

Como lembra o psicanalista Frederico Seewald, nos transtornos alimentares, o corpo é o palco dos grandes acontecimentos; é como se a adolescente expressasse "não viver o que tem de ser vivido, não sentir o que tem de ser sentido. Ao invés do desejo, a indiferença." (Seewald, 1996, p.124).

Lopes, Vasconcelos, Figueiredo e Teixeira (1990), da Universidade de Coimbra, levam a refletir sobre as dificuldades do tratamento das anoréxicas e das frustrações

experimentadas pelos terapeutas, evocando que “afinal, a afirmação da complexidade do devir adolescente.” (Lopes, Vasconcelos, Figueiredo & Teixeira, 1990, p. 61).

Conseqüências dos Transtornos Alimentares

Os TAs repercutem na vida do indivíduo de forma global, provocando seqüelas em praticamente todas as áreas, com prejuízos que vão além das características patognomônicas e permanecem, muitas vezes, mesmo após a recuperação clínica.

Conseqüências médicas e sociais

Entre os prejuízos causados à saúde física pela AN e BN, Goldbloom e Garfinkel (1992) citam as alterações cardiovasculares (bradicardia, hipotensão e arritmias e raramente cardiomiopatia); alterações do sistema nervoso central; alterações renais e hidroeletrolíticas; alterações gastrintestinais (parotidite, saciedade precoce, constipação e dilatação gástrica), alterações musculoesqueléticas (miopatias e osteoporose); alterações neuroendócrinas (amenorréia e hipotermia), alterações hematológicas (aumento do colesterol); alterações dermatológicas (pele seca e rachada, desenvolvimento de lanugem, calos no dorso das mãos – sinal de Russell -).

Mitchell, Specker & Zwaan (1991) relacionam, como complicações médicas da BN, o fluxo hemorrágico observado logo após o ataque de “binge” sucedido de vômito, bem como a presença de manchas petequiais presentes na córnea, no palato mole e na face. O

excesso de ácido gástrico, advindo do vômito, pode causar erosão e descalcificações dos dentes, levando a cárie e a alterações na sensibilidade dentária à temperatura dos alimentos.

Goldbloom & Garfinkel (1992, p.104) assinalam que a evolução clínica da AN e BN é geralmente “gradual, dissimulada e freqüentemente crônica.” Por essas razões, os TAs ocasionam tantas e tão variadas complicações à saúde.

Quanto à obesidade, o National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement (1985), num alerta para as implicações à saúde causadas por esse distúrbio, relaciona-a a diabetes, hipertensão e doenças cardíacas.

Há evidências, segundo Burton, Foster, Hirsch & Itallie (1985), de que em mulheres obesas há aumento da mortalidade por câncer de endométrio, da mama (especialmente pós-menopausa) cervix, ovários e sistema biliar em mulheres obesas. Em homens obesos, a associação é com câncer de cólon, reto e próstata. A obesidade tem efeitos também sobre a longevidade. De acordo com esses autores, pesquisas demonstram que a taxa de mortalidade aumenta na razão direta do aumento do sobrepeso.

Em relação aos prejuízos sociais causados pela obesidade Wadden & Stunkard (1985), observam que estão relacionados diretamente à discriminação sofrida pelos obesos tanto em ambientes acadêmicos quanto no trabalho..

Schmidt, Tiller & Morgan (1995) afirmam que a obesidade é um dos mais estigmatizados atributos físicos nas sociedades ocidentais, levando à discriminação em larga extensão. O estigma de ser gordo ajuda a manter a desordem, levando o obeso a continuar sua freqüente e extremamente punitiva rotina de alternar a ingestão de grandes quantidades de alimentos com as freqüentes dietas.

As consequências sociais da AN são de ordem diversa e estão relacionadas a diferentes aspectos clínicos presentes no transtorno. Segundo Schmidt, Tiller & Morgan (1995) as mais graves decorrem da inanição, que provoca comumente, apatia e retraimento social. Homens e mulheres acometidos de AN perdem o interesse em receber amigos, frequentar festas e namorar, uma vez que a convivência com outras pessoas os obriga a conversar com elas e entretê-las, para que não percebam que o anoréxico não tem contato com a comida.

Em decorrência da inanição, a pessoa acometida de AN tem reduzido o desejo e a atividade sexual, bem como decresce rapidamente a capacidade para o trabalho físico.

Duker & Slade (1995) afirmam que a diminuição do interesse sexual, decorrente da inanição, ocorre devido a mudanças hormonais verificadas em homens e mulheres ao perder peso. Ressaltam que em homens é mais difícil observar mostras dessas mudanças endócrinas, embora cheguem a informar que à medida que perdem peso, já não têm sonhos eróticos.

A obstinação com que a anoréxica costuma negar sua doença cria desconfiança, hostilidade e frustração naqueles que estão mais próximos dela.

Brinch, Sager & Tolstrop (1995) num estudo de seguimento em 151 pacientes dinamarquesas encontraram redução na fertilidade, e aumento da prematuridade e mortalidade perinatal. Os sintomas bulímicos também criam dificuldades nas relações interpessoais das pessoas acometidas deste transtorno, interferindo no tempo que a pessoa passa junto aos outros e no seu envolvimento com estes. Além disso, os sintomas bulímicos podem levar a

um ajustamento precário consigo mesmo, em função dos efeitos negativos sobre a auto-estima. As interações sociais das pacientes bulímicas são frequentemente caóticas.

Schmidt, Tiller & Morgan (1995) observam, nos pacientes com Transtornos Alimentares, alta prevalência de casos de furto, mais comumente de comida ou dinheiro para comprar comida. Um estudo de Mitchell, Hatsukami, Pyle & Eeckert (1986) em 275 pacientes, constatou que 22% tinham roubado antes do começo do Transtorno. Após ser acometida pelo Transtorno, a prática cresceu para 51,5%. O roubo poderia ser uma forma, segundo estes autores, de desforra ou um substituto de amor e afeição ou que pode ser usado pelos pacientes como forma de sentir-se vivo, aumentar a auto-estima, substituir os ataques de comer.

A qualidade de vida das pessoas com TAs sofre prejuízos de toda ordem, como apontam Schmidt, Tiller & Morgan (1995). Os mais altos níveis de prejuízo são percebidos nas reações emocionais e isolamento social. Os pacientes demonstram, igualmente, dificuldades na vida diária, problemas na sua vida familiar e social e nos seus relacionamentos mais íntimos.

Implicações Educacionais

Fatores que Influem no Rendimento Escolar

O rendimento escolar é uma preocupação antiga na Psicologia Educacional. Um dos primeiros trabalhos sobre o assunto foi publicado por Rice, em 1897, e buscava estabelecer

uma medida objetiva para o rendimento escolar. (Ferreira, 1997, p.16). A objetividade é considerada, ainda hoje, a garantia da eficácia do instrumento de avaliação do aluno, embora nas últimas décadas, tenham surgido teorias pedagógicas defendendo a utilização de critérios qualitativos de avaliação do rendimento.

Novaes (1975) define o rendimento escolar como o “quantum” conseguido ou produzido pelo aluno em determinada tarefa ou atividade escolar. Campos (1993, p.284) amplia essa idéia, definindo rendimento escolar como a “soma de transformações operadas no aluno, com relação a: forma de pensamento, linguagem técnica, maneira de agir, atitudes, ideais e preferências, face às situações e problemas da matéria ensinada.”

O rendimento escolar do aluno, embora possa ser sinalizado em termos objetivos (numéricos) resulta, conforme Burns (1990), de um entrelaçamento de variáveis, muitas de caráter não cognitivo. O autor lembra que até a década de 50, os estudiosos da educação restringiam os fatores que influem no rendimento a variáveis bastante específicas, como a inteligência, classe social e interesse dos pais, embora reconhecessem que essas variáveis ofereciam apenas uma explicação parcial desse rendimento. A partir dos anos 60, tornou-se evidente a necessidade de incluir nos estudos de rendimento “ las influencias motivacionales de la personalidad, siendo aparentemente la principal el autoconcepto.” (Burns, 1990, p. 294).

Veiga enfatiza que “as percepções negativas dos sujeitos sobre si próprios constituem um fator-chave do insucesso escolar. As necessidades de desenvolvimento da pessoa, incluindo o autoconceito positivo, seriam a base do progresso educacional.” (Veiga, 1996, p. 58)

Novaes (1975) afirma que os fatores que contribuem para o rendimento escolar são de quatro ordens: pedagógicos, psicológicos, sociais e físicos.

Os fatores pedagógicos referem-se aos métodos de ensino, qualidade de ensino e influência do professor. Entre os fatores psicológicos, Novaes inclui o nível de maturidade do aluno, a capacidade intelectual, as condições psíquicas, o índice de ajustamento e dificuldades de ordem emocional. Aos fatores sociais correspondem influências ambientais do grupo familiar e escolar e condições sócio-econômicas. Entre os fatores físicos que influem no rendimento escolar encontram-se deficiências físicas, distúrbios somáticos, obesidade, distúrbios endócrinos e disritmias.

Piletti (1993) identifica três grupos de fatores a influenciar no rendimento escolar: escolares, familiares e individuais.

Os fatores escolares estão relacionados ao professor – suas características pessoais e qualificação profissional – à relação entre os alunos, aos métodos de ensino adotados e ao ambiente escolar.

Os fatores familiares referem-se à estrutura familiar, a posição da criança entre os irmãos, tipo de educação dispensada pela família.

Os fatores individuais incluem a maturidade, o ritmo pessoal e as preferências dos alunos, problemas de origem nervosa (hiperatividade, maneirismos, insônia, falta de apetite, etc.), características orgânicas (criança muito gorda, muito alta ou muito baixa em relação à média, pode apresentar problemas em função dos efeitos psicológicos que essas características suscitam; a subnutrição alimentar também pode causar problemas orgânicos com atraso ou interrupção no desenvolvimento físico e mental) deficiências físicas.

Sipavicius (1987) enfatiza que as características da criança, portanto as individuais, e as de sua família influem no rendimento escolar. Entre as influências familiares, o autor cita o nível sócio-econômico da família como altamente determinante, salientando que várias pesquisas demonstram que crianças provindas de famílias de baixo nível sócio-econômico tendem a ter desempenho escolar mais baixo. Focalizando as variáveis individuais determinantes do Rendimento Escolar, Sipavicius cita a tese de José Augusto Nigro Conceição (1979) realizada no doutorado da Faculdade de Medicina da USP, em que o autor conclui, entre outras observações, que a situação física de saúde dos escolares não se associa significativamente ao melhor ou pior rendimento escolar.

Conceição (apud Sipavicius, 1987) aponta como aspectos individuais associados positivamente ao rendimento escolar o sexo feminino, a melhor situação nutricional, a idade adequada à série cursada e menor proporção de problemas gerais de saúde.

Uma pesquisa realizada por Bandim, Roazzi & Doménech (1998), na cidade de Recife com 200 crianças de 9 a 12 anos, de ambos os sexos, avaliou a relação existente entre depressão e rendimento escolar, utilizando como instrumentos o boletim escolar e o Inventário de Depressão Infantil de Kovacs. Os pesquisadores encontraram um resultado menor no rendimento escolar de crianças com sintomas depressivos quando comparadas com o grupo controle. A diferença entre os dois grupos é estatisticamente significativa em seu conjunto, mas principalmente nas disciplinas de Português e Ciências.

A influência da auto-estima sobre os resultados escolares também tem merecido a atenção de diversos pesquisadores. Senos (1992) realizou um trabalho com 54 estudantes portugueses do 6º ano de escolaridade, concluindo que existe uma relação covariante direta

entre os resultados escolares e a auto-estima, com os alunos de mais elevado rendimento possuindo auto-estima global superior aos alunos de pior rendimento.

Em trabalho publicado posteriormente, o autor citado acima viria, aparentemente, contrariar esta conclusão, ao constatar que “a auto-estima se furta à influência dos maus resultados académicos que, graças à mobilização de estratégias auto-protectoras, se mantém com valores idênticos aos dos alunos com mais alto rendimento académico, contrariando, deste modo, as previsões realizadas a partir da ideia da covariância directa entre resultados escolares e auto-estima.” (Senos, 1996, p. 120).

A influência da auto-estima nos resultados escolares parece que fica definitivamente estabelecida por Senos, num estudo publicado em 1997. O autor conclui que “os alunos com maus resultados escolares conseguem desenvolver estratégias de proteção de auto-estima a partir da dinâmica de grupo em que se integra”, rompendo a correlação directa entre resultados e auto-estima. No entanto, esta correlação se mantém quando o aluno permanece isolado, privado do apoio de um grupo de inclusão. (Senos, 1997, p. 135).

Os fatores apontados pelos diversos autores como capazes de influenciar os resultados escolares assumem importância especial e têm sua potencialidade aumentada durante a adolescência, fase do desenvolvimento marcada por profundas mudanças físicas e psíquicas, bem como por alterações nos padrões de interação familiar, com conseqüentes repercussões na auto-estima.

Mudanças Cognitivas na Adolescência e o Rendimento Escolar

A par destas transformações ocorrem, durante esta fase, mudanças também no desenvolvimento cognitivo do adolescente. Por volta dos 12-13 anos, começa a estruturar-se uma nova forma de inteligência, denominada na teoria piagetiana de *inteligência operatória formal*, que estará completa por volta dos 16 anos e se caracteriza pela capacidade do adolescente de raciocinar por hipóteses, de pensar de forma independente da experiência direta e de usar a lógica, tirando conclusões a partir de premissas. Barry J. Wadsworth, Professor de Psicologia e Educação no Mount Holyoke College, resume as principais características desta fase :

(...) uma criança com as operações formais plenamente desenvolvidas pode lidar com todas as classes de problemas. Ela pode raciocinar de forma efetiva sobre o presente o passado e futuro, bem como sobre problemas hipotéticos e problemas proposicionais verbais. Durante este estágio, a criança torna-se capaz de introspecção e está apta a pensar sobre seus próprios pensamentos e sentimentos como se eles fossem objetos (...) as operações formais são caracterizadas pelo raciocínio científico e pela construção de hipóteses (e teste) e elas refletem uma compreensão altamente desenvolvida da causalidade. Pela primeira vez a criança pode operar com a lógica de um argumento (problema) independente de seu conteúdo. Ela tem consciência de que conclusões logicamente derivadas têm validade independente da verdade factual. (...) O pensamento formal tem como propriedades estruturais ser hipotético-dedutivo, científico-indutivo e reflexivo-abstrato. (Wadsworth, 1993, pp 108-109)

Estas mudanças cognitivas, associadas às intensas transformações corporais, terão repercussão na escolaridade do adolescente "tanto ao nível da execução de tarefas (escrita, trabalhos manuais, apropriação do espaço), quanto de sua compreensão (uma preocupação corporal demasiado grande desmobiliza o adolescente de suas operações mentais)." (Marcelli & Braconnier, 1989, p. 324). Da mesma forma, assinalam esses autores, as possíveis dificuldades de acesso ao pensamento abstrato, reforçarão para alguns, as dificuldades de atenção e interesse pela escolaridade.

Marcelli e Braconnier num estudo sobre as dificuldades escolares na adolescência afirmam que "podem se apresentar como uma seqüência lógica das dificuldades escolares da infância ou, ao contrário, como um problema novo, surgido nesta época. São isoladas ou, ao contrário, associadas a outros tipos de dificuldades, especialmente comportamentais; serão, finalmente, transitórias ou duradouras." (Marcelli & Braconnier, 1989, p. 326). As "dificuldades escolares transitórias", para os autores, estão ligadas a problemas específicos do desenvolvimento, refletindo "o peso das mudanças afetivas e relacionais do processo de adolescência." Os autores resumem as dificuldades transitórias em duas grandes categorias: *hiperinvestimentos escolares e enfraquecimento escolar*.

O hiperinvestimento escolar se manifesta por um interesse quase exclusivo pelas atividades escolares e um rendimento acima da média, e seria consequência do medo adolescente de abandonar a estabilidade, equilíbrio e dependência da infância. "Ele controla poderosamente seu mundo pulsional, refugiando-se numa hiperatividade escolar, mostrando uma hipermaturidade que não é forçosamente boa a médio prazo." (Marcelli & Braconnier, 1989, p.327).

O enfraquecimento escolar caracteriza-se, entre outras coisas, por ocorrer após um período de escolaridade satisfatória.

"A descrição desse enfraquecimento escolar pode resumir-se da seguinte forma: sem motivo aparente e de modo progressivo, comumente durante o primeiro trimestre do ano escolar, os resultados pioram em uma ou várias matérias. (...) Em uma segunda fase este enfraquecimento se modifica, podendo estender-se a todas as matérias.(...) Ademais, este enfraquecimento associa-se, progressivamente, quer a um desinteresse manifesto em relação à escolaridade, quer a uma fuga em um trabalho tanto mais frustrante quanto menos se mostrar eficaz. (...) O absentismo escolar poderá ser encontrado, mas geralmente é moderado." (Marcelli & Braconnier, 1989, p. 328).

Marcelli e Braconnier enfatizam que do ponto de vista psicológico, este enfraquecimento aparece como consequência das mudanças características da adolescência.

"O deslocamento da erotização do corpo para a atividade do pensamento constitui um primeiro aspecto. A surpresa constituída pela puberdade e a erotização do corpo que se segue são deslocadas pelo adolescente para a atividade do pensamento e acompanham-se de uma inibição da atividade intelectual criadora, associada a uma inibição sexual..." (Marcelli & Braconnier, 1989, p.328).

Influência do Comportamento Alimentar no Rendimento Escolar

Embora encontrem-se referências sobre a influência do comportamento alimentar no rendimento escolar (Novaes, 1975; Piletti, 1993), estas ainda não foram claramente estabelecidas. Inexistem, praticamente, estudos relacionando o desempenho obtido na escola com dificuldades provindas de distúrbios alimentares. Esta carência aponta para a necessidade de aprofundar-se a pesquisa na área, de modo a que se possa chegar a conclusões mais seguras.

As referências existentes na literatura sobre o desempenho escolar das pessoas com Padrão Alimentar Anormal provêm, principalmente, de estudos com população clínica e nelas, as pessoas com TAs (especialmente AN) são apresentadas como altamente inteligentes e bem-sucedidas na escola, criando-se o mito das *meninas de ouro*.

Isabel do Carmo salienta que “a descrição mais freqüente da jovem com Anorexia é a de uma adolescente que foi sempre uma menina exemplar, muito bem comportada e inteligente, que ‘nunca deu problemas’, com ótimo rendimento escolar, caseira preferindo a companhia dos adultos, principalmente da mãe, a dos seus colegas; (...) Sai da escola vai para casa, estuda e a sua vida decorre num regime de grande ocupação intelectual e por vezes também desportiva.” (Carmo, 1994, p.105).

Porot, Coudert e Plénat observam que, na AN, “o exame psicológico revela certo número de traços de caráter, se não constantes, pelo menos bastante freqüentes. Na maioria dos casos, o nível intelectual é normal, ou até mesmo superior à média, assegurando, assim, rendimento escolar satisfatório, ou mesmo brilhante. Ressalta-se o paradoxo de que quanto mais avançada for a caquexia, maior será a hiperatividade intelectual e física desses doentes.” (Porot, Coudert & Plénat, 1985, p. 69).

Num estudo realizado no National Health Service, com 75 mulheres anoréxicas, Lawrence observou que quase todas elas tinham um bom nível de escolaridade - sendo ou não da classe média, e levantou a hipótese de que “as mulheres que provêm de ambientes que não estimulam particularmente o êxito nos estudos têm mais probabilidade de desenvolver um distúrbio anoréxico se conseguirem sucesso nesse campo.” (Lawrence, 1991, p 57).

Além disso, a autora afirma que as mulheres que desenvolveram uma condição anoréxica, em geral, possuem um nível intelectual fora do comum e são quase sempre identificadas desde cedo, como vencedoras.

Morgan & Russell (1975) em uma população de 41 adolescentes acometidas de anorexia nervosa encontraram um alto nível de êxito escolar.

Nunes e Abuchaim frisam que “a anoréxica é classicamente descrita como uma ótima filha, obediente, possuidora de uma inteligência dentro da média e com um bom desempenho escolar.” (Nunes & Abuchaim, 1995, p. 57).

Falceto, Rosa, Tetelbom, Sukster, Benetti, Cohen & Wainstein (1993), numa descrição de tratamento hospitalar de Anorexia Nervosa realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em quatro pacientes, durante o ano de 1990 e 1991, acompanhadas posteriormente em tratamento ambulatorial, observaram que “as pacientes são descritas por seus familiares como meninas estudiosas e ajuizadas, que nunca trouxeram problemas. São estudantes modelos, mas quando chegam à adolescência apresentam um bloqueio no desenvolvimento. Elas têm muita dificuldade em expressar-se de forma verbal e abstrata.” (Falceto, Rosa, Tetelbom, Sukster, Benetti, Cohen & Wainstein, 1993, p.14).

Garner & Garfinkel (1980a) em seguimento a um estudo com cinco grupos de estudantes demonstraram uma frequência mais elevada de EAT-40 positivo e de Anorexia Nervosa nos grupos em que era enfatizada a importância da magreza associada ao alto nível de performance.

Nunes (1996) lembra que os bons resultados escolares dos pacientes com transtornos alimentares decorrem da luta desses pacientes por uma sensação de eficácia e a escola torna-se, nesse caso, um veículo que lhes garante êxito.

O hiperinvestimento nas atividades escolares, relatado em vários estudos sobre a adolescente acometida de AN, é freqüentemente entendido como uma conduta compensatória. As deficiências nos relacionamentos sociais e interesses sexuais -comum nas pessoas com anorexia - são compensados com um isolamento no mundo dos livros. Assim a adolescente mantém-se fiel ao paradigma de “aprender a vida pelos livros e não por experimentá-la.” (Nunes, 1996, p. 457). Buscam através do rendimento escolar o reconhecimento pessoal que não obtém de outra forma, em função de seu crescente retraimento.

A autora enfatiza que apesar da visível magreza dos anoréxicos, “eles mantêm as atividades escolares e apenas num estágio muito avançado de desnutrição apresentam alterações no seu rendimento escolar.” (Nunes, 1996, p. 459).

O enfraquecimento escolar em pessoas com AN pode ser considerado consequência de alterações cognitivas provocadas pela restrição alimentar, conforme observam Duker e Slade (1995). Segundo os autores, a restrição de alimentos e a perda de peso geram várias mudanças em termos de cognição. A mais importante é que a fome deteriora a capacidade de raciocínio. É um dano progressivo, porém reversível, o peso volta a aumentar e situar-se em níveis normais. De acordo com os autores, “a inanição deteriora o funcionamento intelectual, reduzindo pouco a pouco a capacidade do pensamento complexo.” (Duker & Slade, 1995, p.46). As pessoas com comprometimento nutricional vão progressivamente reduzindo sua capacidade de abstração, começam a ter dificuldades com cálculos matemáticos, tem

diminuída a sua capacidade de ser imaginativo, criativo, e de abordar situações complexas ou que requerem grande dedicação. Estas alterações, segundo os autores, são identificadas antes do aparecimento de sintomas mais evidentes de AN.

Bruch (1986) referia que o início da Anorexia nervosa pode aparecer após apresentações educacionais no ambiente escolar.

Os aspectos intelectual e afetivo, enfatiza Vasconcellos (1995), não podem ser separados. A aprendizagem é feita pela percepção, elaboração e domínio das emoções. “Ao se sentir, comparar, buscar explicações aos fenômenos da natureza e tentar verificar com a própria experiência anterior o que está ocorrendo no momento, a emoção irá favorecer a formação de conceitos que permitem a formação de um juízo de valor.” (Vasconcellos, 1995, p.112).

Eduardo Sá destaca que “a escola serve para aprender sobre a vida sem que a consciência do que se está a elaborar magoe muito.” (Sá, 1995, p. 98). Podemos inferir que no processo de aprendizagem é necessário que ocorra um mínimo de apreensão mesclada de curiosidade para levar a pessoa na busca da informação que venha a se transformar em conhecimento e futuramente no saber.

Bouça (1997) frisa que “o rendimento escolar, o gosto por aprender e ter bons resultados acompanham a par e passo a aprendizagem das coisas da vida, das diferenças de ser rapaz ou rapariga, das tarefas particulares que pertencem a cada um e do modo como isso se faz para se atingir uma identidade própria e sólida.” (Bouça, 1997, p. 32).

Dentro do contexto familiar, a pessoa com Anorexia Nervosa mostra-se com resistência para crescer, amadurecer, separar-se e diferenciar-se. Nesse sentido, podemos

estabelecer um paralelo com a escola, no qual a dificuldade de aprendizagem, o não aprender, seria o equivalente da não-autonomia – que reduz medos e receios - já que “a educação é um conjunto de regras que introduz limites e medos para que surjam curiosidades e coragem.” (Sá, 1995, p. 18).

Bruch (1978, p. VIII) destacando o aumento da incidência de Anorexia Nervosa observa que “agora ela é tão comum que representa um problema real das escolas primária e secundária. Pode-se falar de uma enfermidade epidêmica, só que sem agente de contágio; a difusão deve ser atribuída a fatores psicossociológicos.” Este transtorno alimentar pelo aumento da ocorrência expressa suas dificuldades no ambiente escolar, tanto no rendimento escolar quanto no relacionamento interpessoal.

Herscovici, psicóloga da Universidade de Buenos Aires enfatiza que “os professores comentam com preocupação crescente esta espécie de epidemia que está se espalhando na escola. Todos gostariam de intervir de forma positiva e não sabem como fazê-lo ou temem causar mal.” (Herscovici, 1997a, p.X).

Lawrence, terapeuta familiar que desenvolve seus trabalhos no Women’s Therapy Center, Londres, argumenta que a AN não é uma doença e sim uma reação à condição feminina. Diz que “a anorexia é a expressão paradoxal dos dilemas enfrentados pela mulher instruída.” (Lawrence, 1991, p. 60).

O autor conclui que “a fase anoréxica quase sempre surge para dar um basta no processo educativo da mulher.” (Lawrence, 1991, p. 57).

Rendimento Escolar dos Estudantes do Rio Grande do Sul e da cidade de Porto Alegre

Segundo dados da Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul, relativos ao ano de 1997, havia 336.812 alunos matriculados nos cursos de 2º Grau em escolas federais, estaduais, municipais e privadas de todo o Estado. O número de alunos reprovados, nesse ano, chegou a 48.593, perfazendo um percentual de 14,43%.

Nas escolas privadas o número de matriculados foi de 80.837 alunos, sendo reprovados 6.199 alunos, correspondendo a um percentual de 7,67%. Estes dados podem ser melhor visualizados na tabela 2.

Tabela 2– Demonstrativo do Rendimento Escolar no RS

	Alunos de 2º Grau no Rio Grande do Sul				
	Federal	Estadual	Municipal	Particular	Total
N.º Reprovados	1172	39867	1355	6199	48593
% Reprovados	12,24	16,53	25,64	7,67	14,43

Fonte: Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 1997.

Na cidade de Porto Alegre, o Boletim Estatístico da População Escolarizada do 2º Grau, no ano de 1997, indica um total de 55.995 alunos matriculados em escolas federais, estaduais, municipais e privadas. O número de reprovados foi de 7.841, atingindo um índice de 14%. Na rede privada, o número de alunos matriculados foi de 18.997, dos quais 1.709 foram reprovados, alcançando um índice de reprovações de 9%. Os dados podem ser visualizados na tabela 3.

Tabela 3 – Demonstrativo do rendimento escolar em Porto Alegre

Alunos de 2º Grau na cidade de Porto Alegre					
	Federal	Estadual	Municipal	Particular	Total
N.º Reprovados	121	5745	266	1709	7841
% Reprovados	7,10	16,97	18,42	9,00	14,00

Fonte: Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 1997.

Avaliação do Padrão Alimentar Anormal

O aumento da incidência de casos de AN, a partir dos anos 70, levou os pesquisadores a buscarem instrumentos capazes de identificar as características psicofisiológicas presentes neste transtorno alimentar em sua fase primária, de modo a permitir procedimentos preventivos, intervindo antes que sua evolução possa alcançar formas mais graves. Desde essa época, vários instrumentos têm sido construídos para a mensuração e operacionalização do Padrão Alimentar Anormal.

O Eating Attitudes Test, desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979), tem sido o instrumento de referência nos estudos sobre os Transtornos Alimentares. Foi construído com o propósito de medir objetivamente sintomas psicológicos e formas de comportamento característicos da AN, ser utilizado na avaliação de uma larga extensão de padrões de

comportamento e atitudes encontradas nesse transtorno alimentar - sendo ao mesmo tempo econômico em termos de tempo de administração e de levantamento dos escores - bem como permitir um índice potencialmente significativo de prognóstico.

O Eating Attitudes Test é um instrumento psicométrico, em forma de auto-relato, muito utilizado, atualmente, em estudos epidemiológicos para rastrear indivíduos supostamente suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos de conduta alimentar. A versão original compunha-se de 40 itens e tinha por objetivo o diagnóstico de Anorexia Nervosa, bem como o acompanhamento dos sintomas na evolução do tratamento deste transtorno. A análise fatorial revelou, posteriormente, que os itens, em sua maioria, agrupavam-se em três fatores: Fator Dieta (FD), Fator Bulimia (FB) e Controle Oral (CO), sendo que alguns itens não se agrupavam. Além disso, os resultados obtidos mostraram não ser possível fazer o diagnóstico com o teste, mas que este instrumento servia para a detecção de casos clínicos em populações de alto risco para a enfermidade e na identificação de indivíduos com preocupações anormais com a alimentação e o peso.

O questionário Eating Attitudes Test (EAT) foi então, simplificado por Garner, Olmsted, Boher & Garfinkel (1982). Os itens que não se agrupavam, foram eliminados e uma nova escala, composta por 26 itens, foi elaborada.

O EAT-26 está altamente correlacionado com a escala original ($r = 0.98$) e os três fatores formam subescalas, as quais estão significativamente relacionadas à bulimia, peso, imagem corporal e sintomas psicológicos. Em relação aos escores totais do EAT-26 e EAT-40, não há diferenças entre os pacientes com anorexia nervosa bulímica (ou purgativa) e restritiva, mas os escores destes subgrupos diferem significativamente em dois dos três

fatores do EAT. O Fator I, chamado de “dieta”, é composto de 13 itens; reflete o evitamento patológico de comidas engordantes e a preocupação com a forma corporal e está associado com diversos parâmetros da imagem corporal. Este fator não está relacionado com a bulimia. O Fator II, chamado “bulimia e preocupação com comida”, composto por seis itens, é similar ao Fator I na relação com distúrbios da imagem corporal, mas difere daquele em sua relação positiva com a bulimia e com o peso corporal aumentado. O Fator III, chamado “controle oral” compreende sete itens que refletem o autocontrole sobre a comida, bem como a consciência da pressão social para obter peso. Altos escores no Fator III estão relacionados com baixo peso e ausência de bulimia. Os 26 itens do EAT são avaliados em escala Likert, com seis opções de resposta: sempre, muito freqüentemente, freqüentemente, algumas vezes, raramente e nunca. Uma pessoa pode obter, no máximo, 78 pontos no EAT.

Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (1982) acharam um coeficiente de confiabilidade (consistência interna) do EAT de 0.90 numa amostra de 160 mulheres com diagnóstico de AN, e de 0.83 no grupo controle, composto de 140 estudantes universitárias não-clínicas.

Um estudo de validação do EAT realizado por Mann, Wakeling, Wood, Monck, Dobbs & Szmukler (1983) com 262 alunas de escolas inglesas, todas com 15 anos de idade, confirmou a alta sensibilidade e especificidade do EAT para identificar sujeitos com risco de desenvolver Transtornos Alimentares. O ponto de corte 20/21 foi considerado como altamente satisfatório para determinar a positividade do teste. Neste ponto, os pesquisadores encontraram 88.1% de sensibilidade, 96.7% de especificidade e 53% de valor preditivo

positivo. Os mesmos valores foram encontrados por Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (1982).

O formato de auto-relato do EAT, embora apresente vantagens, tem igualmente limitações potenciais. Inventários “self-reported” contam com a suposição de que os sujeitos descreverão acuradamente seus sintomas. Este aspecto deve receber particular atenção quando o EAT for aplicado em pacientes com anorexia nervosa já que eles, com freqüência, demonstram significativa negação sobre sua desordem alimentar. (Garner & Garfinkel, 1979).

Por ser um questionário autoaplicável, a possibilidade de falso-negativo e falso-positivo no EAT deve ser levada em conta na interpretação dos resultados. Entretanto, parece razoável relacionar a prevista subjetividade dos escores para hábitos alimentares do EAT com a objetividade alcançada, nos escores do IMC de Quetelet. Assim, a classificação dos sujeitos em relação a seus hábitos alimentares poderá ser mais confiável. (Buddeberg-Fischer, Bernet, Sieber, Schmid & Buddeberg, 1996).

O EAT tem sido largamente utilizado na identificação de pessoas com comportamento alimentar anormal. O quadro seguinte, apresentado na tabela 4, relaciona alguns dos estudos em que foram utilizados o EAT-40 (em sua versão original) ou o EAT-26 (versão modificada):

Tabela 4- Comparações dos diferentes estudos em que foi utilizado o EAT-26 ou EAT-40

Autores	Estudantes	Idade	EAT médio	% EAT +
Button & Whitehouse (1981)	446	16 - 22	EAT-40 = 12 a \pm 15,4	\geq 32 = 6,3%
Carter & Moss (1984)	169	18 - 39		\geq 30 = 21,6%
Clarke & Palmer (1983)	156	19,2		\geq 30 = 11,5%
Eisler & Szmukler (1985)	3007	15 - 16	PS. EAT-40=10,69 SS. EAT-40=12,63	\geq 30 = PS. = 5% \geq 30 = SS = 7%
Garner & Garfinkel (1979)	59	21,8	EAT-40 = 15,6	\geq 30 = 13%
Joseph & Wood (1982)	245	20,9	EAT-40 = 15 a 21,5	\geq 32 = 7 - 27%
Leichner et al. (1986)	2407	12-20	EAT-40 = 23,54	\geq 30 = 22%
Wells (1985)	749	12-18	EAT-40 = 12,1 EAT-26 = 9,6	\geq 30 = 4,5%
Garner, Olmsted, Bohr, Garfinkel (1982)	140	$\mu = 20,3$	EAT-26 = 9,9 \pm 9,2	
Mann (1983)	262	15-16	EAT-26 = 9,6 \pm 6,4	\geq 20 = 6,9%
Pomerleau & Ratté (1987)	1144	$\mu = 18,1 \pm$ 1,5	EAT-26 = 11,2 \pm 9,2	\geq 20 = 16,3%

Ratté, Pomerleau, & Lapointe (1989, p. 895)

Conforme mostram os dados apresentados no quadro acima, a positividade do EAT, nos diversos estudos feitos entre a população estudantil, varia de 4,5 % a 27 % . Este número percentual indica a parcela de estudantes que apresentam Padrão Alimentar Anormal e é suscetível a desenvolver Transtorno Alimentar.

O estudo de Mann, Wakeling, Wood, Monck, Dobbs & Szmukler (1983), indicado na tabela acima, foi realizado numa população aleatória de garotas escolares com 15 anos do sul de Londres. Os escores dos questionários foram comparados com os resultados da entrevista

padrão. O EAT mostrou-se um instrumento eficiente de seleção para comportamentos e atitudes alimentares anormais. Nos pontos de corte ótimo (mais favorável), 6,9% da população apresentou uma resposta positiva ao EAT. Comparadas com suas colegas, as garotas que dão uma resposta positiva ao EAT também relatam que esqueceram mais refeições durante o dia e que seus pesos eram mais instáveis.

Wells, Coope, Gabb, & Pears, (1985) aplicaram o EAT-40 em garotas adolescentes de três escolas da Nova Zelândia. O índice de positividade, como mostrado na tabela, foi de 4,5%. O fator de análise ($N = 749$) produziu um Fator de Dieta quase idêntico ao encontrado por Garner *et al.* (1982) com anoréxicos. Embora este fator meça claramente patologias em garotas abaixo-do-peso, a sua interpretação é ambígua para garotas normais e acima-do-peso. Dois outros fatores encontrados em todas as análises foram a preocupação com a comida e pressão social para comer.

Carter & Moss (1985) numa pesquisa aplicando o EAT em 162 mulheres universitárias do Curso de Psicologia, da Universidade do Mississippi, EUA, com idades entre 18 e 39 anos identificaram em 16,7%, o "binge"; 1,8% relataram vômitos e 53,7% relataram o medo de ganhar peso. O índice de positividade do EAT foi de 21,6%.

Ratté, Pomerleau & Lapointe (1989) numa pesquisa realizada em Quebec, no Canadá, com 1.144 alunas de dois colégios de ensino geral e profissional, com idade entre 17 e 20 anos inclusive, utilizando como instrumento o EAT-26 e dados biomorfológicos das alunas, obtiveram score igual ou superior a 20 pontos em 16,3% dos alunos pesquisados. Correlacionado a um peso corporal menor ou igual a 80% do peso ideal, o score maior ou igual a 20 pontos indica desordens severas do comportamento alimentar. É enfatizado que a

relação do EAT-26 positivo com o peso corporal abaixo de 80 %, aumenta o valor preditivo de Anorexia Nervosa e do conjunto de distúrbios de conduta alimentar, conforme mostra o quadro abaixo:

Tabela 5 – Relação do EAT com o peso corporal

Características	% de casos de anorexia nervosa	% de casos de desordens de conduta alimentar
Peso \leq 80%, EAT < 20	0	8
EAT \geq 20, peso > 80%	5	50
EAT \geq 20	14	57
Peso \leq 80%	26	42
EAT \geq 20, peso \leq 80%	71	100

Ratté, Pomerleau & Lapointe (1989, p. 895)

Rosen, Silberg & Gross (1988) aplicaram o EAT-26 em 1.373 meninos e meninas da escola secundária de Vermont, nos EUA. Foram encontradas diferenças significativas entre os sexos, na obtenção dos escores, com a média dos meninos ficando em 5,2, enquanto as meninas alcançaram média de 11,9. Não foram encontradas diferenças em relação à idade. Os escores dos meninos não diferem na raça ou status sócioeconômico, enquanto que pequenas diferenças de raça e situação sócioeconômica ocorreram entre as meninas.

Choudry & Mumford (1992) realizaram um estudo piloto dos distúrbios alimentares entre 271 meninas escolares de Mirpur, Pakistan, usando uma nova versão Urdu do *Eating Attitudes Test* (EAT-26). Indivíduos com escores acima de 20 no EAT, foram entrevistados

para determinar se um distúrbio alimentar se fazia presente. Um caso de Bulimia Nervosa, preenchendo os critérios do DSM-III-R, foi identificado. O escore médio obtido pelas garotas foi de 11,1. O índice de positividade foi de 7%.

Buddeberg-Fischer, Bernet, Sieber, Schmid, & Buddeberg (1996) realizaram uma investigação numa amostragem de 1944 estudantes suíços de ambos os sexos, com idade entre 14 e 19 anos de idade, visando a distribuição em categorias de acima-do-peso, baseada nas tabelas por percentuais de idade Índice de Massa Corporal de Quetelet e no comportamento alimentar, medido pelo EAT-26 em relação à idade, sexo e situação sócioeconômica. Além disso, a relação entre os escores IMC e Eating Attitudes Test foi analisada. Mais indivíduos do que o esperado foram encontrados na categoria de obesidade. Na escala EAT, meninas computaram duas vezes mais alto do que os meninos. O escore médio foi 6.9 para meninas e 3,4 para meninos. A idade não teve consequência sobre os escores EAT em meninas, embora tivesse nos meninos. A situação sócioeconômica e os escores EAT foram inversamente associadas. Três categorias de risco baseadas nos escores EAT foram descritas: EAT 09 = sem risco (77.5% meninas, 93.0% meninos), EAT 10 = baixo risco (14.1% meninas, 5.5% meninos), e EAT \geq 20 = alto risco (8.3% meninas, 1.5% meninos).

Relativo a ambos os aspectos, peso e comportamento alimentar, estudantes femininas mostraram mais distúrbios de comportamento alimentar e menores casos de desvio do peso normal. Nos indivíduos masculinos, houve mais desvios do peso normal do que casos de distúrbio de comportamento alimentar.

Nunes, Bagatini, Abuchaim, Albanese, Kunz, Nunes, Ramos, Somenzi, Silva & Pinheiro (1994b) aplicando o EAT-26 em 486 estudantes de uma Escola Pública de Porto

Alegre, de classe média e baixa, escolhidos aleatoriamente, na faixa etária dos 11 aos 19 anos, encontraram escore positivo (no corte igual o maior de 21 pontos) em 11,6% da amostra pesquisada. Correlacionando o EAT positivo com o baixo peso (Índice de Massa Corporal de Quetelet menor que 19 Kg/m²) foi encontrado o percentual de 2,47% da amostra, sendo esse o grupo de maior risco para desenvolver Transtornos de Conduta Alimentar. O escore médio do EAT foi de 11,7 para meninas e de 9,93 para meninos.

A variação dos resultados, tanto em termos das médias obtidas no EAT quanto dos índices de positividade, observadas nos diversos estudos deve-se, provavelmente, segundo interpretação dos próprios autores, ao caráter heterogêneo do método epidemiológico, bem como uma tendência à rejeição dos indivíduos que sofrem de doenças graves.

Os pesquisadores, em geral, recomendam cautela quanto à interpretação de tais dados, e consideram que os questionários auto-administrados, como o EAT, podem detectar mais facilmente distúrbios alimentares menores, enquanto o diagnóstico da Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa deveria ser avaliado através de entrevistas clínicas.

OBJETIVOS E HIPÓTESES

-
-

Objetivos

A existência de uma correlação positiva entre Padrão Alimentar Anormal (PAA) e Rendimento Escolar (RE) tem sido estabelecida com frequência no contexto da Psicologia Clínica. Esta correlação é feita a partir do contato dos profissionais médicos e psicólogos com seus pacientes. São inferências feitas, portanto, a partir de uma população clínica. O presente trabalho procura investigar a existência dessa relação numa população não-clínica, com base numa amostra de alunos do 2º Grau, identificando os alunos com Padrão Alimentar Anormal e comparando seu RE com o dos alunos que não apresentam PAA.

Dessa forma, esse trabalho desenvolve-se em torno de dois objetivos maiores:

No primeiro objetivo pretende-se analisar a relação do Padrão Alimentar Anormal com o Rendimento Escolar de adolescentes estudantes do ensino médio na cidade de Porto Alegre, pondo à prova a idéia de que os jovens com Padrão Alimentar Anormal apresentam alto Rendimento Escolar. Identificando-se, num primeiro momento, qual o índice de ocorrência de PAA na população estudada e se este índice difere significativamente para homens e mulheres. Num segundo momento, avalia-se os valores do RE exibidos pelos alunos com PAA como são significativamente mais altos do que os de alunos sem PAA.

O segundo objetivo é verificar se o Rendimento Escolar destes jovens sofre prejuízos em função da ocorrência de um Padrão Alimentar Anormal. De acordo com esse objetivo deverá ser possível encontrar Resultados Escolares menores entre aqueles estudantes incluídos na população de risco propensa a desenvolver Transtorno Alimentar.

Conforme com os objetivos traçados, o tratamento dos dados será conduzido de acordo com as hipóteses orientadoras expostas a seguir.

Hipóteses

A literatura (Novaes, 1975; Veiga, 1996; Piletti, 1993) indica que entre os fatores que influem no Rendimento Escolar estão aqueles de ordem física ou individual (características orgânicas, distúrbios somáticos e endócrinos, deficiências físicas, sexo, idade adequada, maturidade). Conceição, em 1979, (apud Sipavicius, 1987, p.8) atribui ao sexo um papel importante e positivamente associado ao Rendimento Escolar.

Formula-se, assim a seguinte hipótese:

Hipótese 1

Existe uma diferença significativa nos valores do Rendimento Escolar obtidos por estudantes do sexo feminino e masculino.

Os estudos de Pastore, Fisher & Friedman (1996), Fassina, Fernandes, Bernardi, Fassina, Oliveira, Feijó & Sukster (1996), Rosen, Silberg & Gross (1988), Buddeberg-Fischer, Bernet, Sieber, Schmid & Buddeberg (1996), Nunes et al. (1994b) indicam uma prevalência de Padrão Alimentar Anormal significativamente maior entre as mulheres, podendo chegar a um

índice até dez vezes superior ao do encontrado no sexo masculino, especialmente quando se consideram as formas graves de PAA, como a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa, como indicam os trabalhos de Devaud, Michaud & Narring (1995), Götestam, Eriksen, Heggstad & Nielsen (1998), Garfinkel et al. (1995) e Yates (1992).

Por outro lado, os estudos de Emmons (1992) evidenciam que tem aumentado a frequência de Comportamentos Precursores entre estudantes do sexo masculino, praticamente igualando-se ao das mulheres.

Com base nestes dados, formula-se a seguinte hipótese :

Hipótese 2

Existem diferenças significativas na ocorrência de Padrão Alimentar Anormal, medido pelo EAT-26, entre estudantes masculinos e femininos.

A literatura revista (Carmo, 1994; Porot, Coudert & Plénat 1985; Lawrence, 1991; Morgan & Russell, 1975; Nunes & Abuchaim, 1995; Garner & Garfinkel, 1980a) indica que os jovens adolescentes com Padrão Alimentar Anormal são, freqüentemente, excelentes alunos, apresentando alto nível de êxito na escola, expresso no Rendimento Escolar acima da média.

Por outro lado, sabe-se que as intensas mudanças ocorridas na fase adolescente (físicas, emocionais e cognitivas) podem interferir no Rendimento Escolar do aluno de forma positiva, levando ao hiperinvestimento escolar (Marcelli e Braconnier, 1989) – com o aluno investindo maciçamente nos estudos como forma de defender-se dessas mudanças (Nunes, 1996).

Com base nestes dados formula-se a seguinte hipótese:

Hipótese 3

Os alunos com Padrão Alimentar Anormal apresentam valores no Rendimento Escolar significativamente mais alto do que alunos sem Padrão Alimentar Anormal.

As mudanças cognitivas observadas no período da adolescência, aliadas às transformações físicas e emocionais, podem interferir no Rendimento Escolar, de acordo com Marcelli & Braconnier (1989) também de forma negativa, provocando, em consequência do peso dessas mudanças, desinteresse manifesto pelas atividades escolares, que ;levam ao enfraquecimento escolar transitório.

Esse enfraquecimento escolar foi observado por Duker e Slade (1995) nas pessoas acometidas de AN, e interpretado como consequência das alterações cognitivas decorrentes da restrição alimentar a que estas se submetem.

Por outro lado, de acordo com vários estudos, (Piletti, 1993; Novaes, 1975; Veiga, 1996; Senos, 1992), sabe-se que no processo de aprendizagem- cujo resultado imediato e objetivo é o Rendimento Escolar- os aspectos intelectual e afetivo estão associados e influenciam-se mutuamente; Vasconcellos (1995) enfatiza que a aprendizagem se faz pelo domínio das emoções, que permite a percepção e elaboração daquilo que se está a aprender.

Finalmente, os estudos sobre Padrão Alimentar Anormal tem enfatizado (Bruch, 1982; Herscovici, 1997b; Echeburúa, 1996; Garcia, 1994) as dificuldades afetivas associadas a esse Padrão, tanto na sua origem, quanto as advindas após sua instalação (Schmidt, Tiller & Morgan, 1995; Duker & Slade, 1995; Brinch, Sager & Tolstrup, 1988).

Com base nestes dados, formula-se a seguinte hipótese:

Hipótese 4

Os alunos com Padrão Alimentar Anormal apresentam valores no Rendimento Escolar significativamente mais baixos do que alunos sem Padrão Alimentar Anormal.

METODOLOGIA

Procedimentos Metodológicos

Como este trabalho tem por objetivo principal analisar um fenômeno relativamente novo, o Padrão Alimentar Anormal (PAA), e estabelecer sua relação com o Rendimento Escolar de adolescentes, descobrindo a frequência com que este padrão ocorre, bem como descrever a natureza, principais características e as prováveis causas do PAA, insere-se no que é chamado de estudo de caráter descritivo. Conforme salienta Gil (1995), uma das características mais significativas desse tipo de estudo está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Uma vez que há poucas pesquisas sobre a relação existente entre estes dois fenômenos, no delineamento deste estudo optou-se pelo procedimento de coleta de dados denominado levantamento, que se caracteriza pela interrogação direta a um grande e significativo grupo de pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Este procedimento, quando realizado através de instrumentos adequados, permite que a investigação fique o mais livre possível de interpretações subjetivas do pesquisador, além de ser econômico, rápido e permitir a construção de um banco de dados para o tratamento estatístico.

Amostra

A revisão da literatura realizada indica que a maior parte dos transtornos relacionados com um padrão de alimentação anormal ocorrem preferentemente em pessoas na faixa etária compreendida entre 14 e 18 anos, situadas, portanto, no período adolescente do ciclo evolutivo de vida. Nossa amostra compõe-se de estudantes desta faixa etária.

Como tínhamos interesse em estudar a relação entre Padrão Alimentar Anormal (PAA) e Rendimento Escolar (RE), procurando isolar, tanto quanto possível, o fator PAA de outros possíveis fatores intervenientes no RE, adotamos como critério selecionar uma amostra de alunos que não tivesse evidenciado, anteriormente, prejuízos significativos no aprendizado. Deveriam ser, portanto, alunos cujo progresso escolar não houvesse sofrido interrupções ou atrasos. Uma vez que, no Brasil, a idade de ingresso da criança no ensino formal ocorre por volta dos 7 anos, diante do desempenho escolar regular é esperado que aos 14 / 15 anos o jovem esteja ingressando no ensino médio (antigo 2º Grau). A amostra orientou-se, assim, para alunos deste nível de ensino.

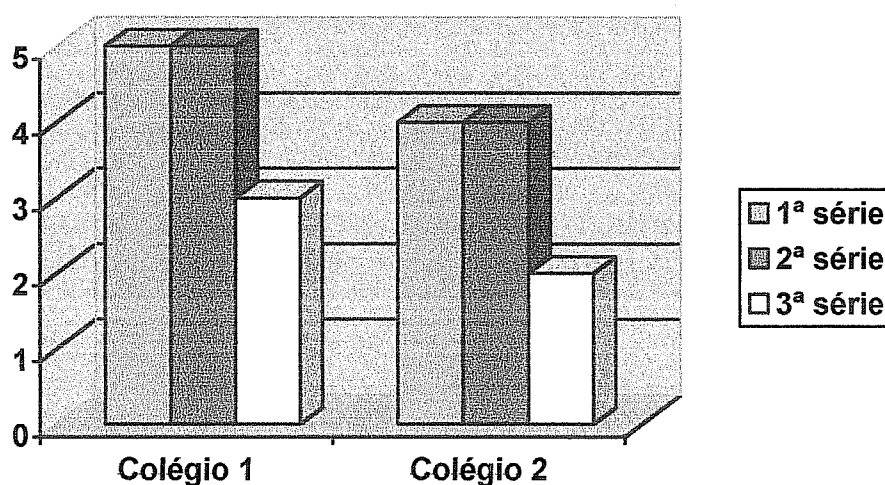
Optou-se na seleção da amostra, por estudantes de classe social média, os quais, devido a suas condições econômicas e sociais, não teriam sofrido, a princípio, privações importantes na infância, como carência de alimentação, falta de assistência à saúde e educação precária, fatores que podem agravar o desempenho escolar e poderiam enviesar os resultados.

Em virtude de objeções colocadas pelas direções de várias escolas, impedindo o acesso dos pesquisadores aos sujeitos que comporiam a amostra, optou-se por realizar o levantamento dos dados em dois estabelecimentos de ensino, abrangendo todos os alunos destas escolas matriculados no 2º Grau, de forma a garantir a realização do estudo com base em uma amostra numericamente ampla de sujeitos, ainda que não fosse representativa da totalidade de estudantes de 2º Grau, de classe média, da cidade de Porto Alegre. Trata-se, pois, de uma amostragem intencional, não-probabilística.

Os estabelecimentos, ambos da mesma instituição mantenedora, foram escolhidos pela representatividade de sua população - constituída de jovens de classe média - além da receptividade e disponibilidade concedida para a realização da nossa pesquisa.

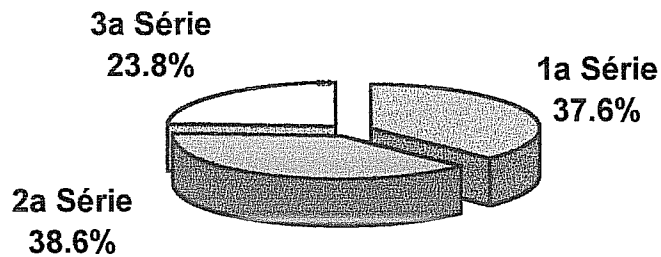
De forma a podermos trabalhar com um número bastante significativo de sujeitos, consideramos importante que o maior número de alunos do 2º Grau de ambas as escolas fizesse parte da amostra. A amostra abrange, portanto, as três séries do ensino médio. Todas as turmas (classes) dos turnos da manhã e da tarde dos dois Colégios fazem parte da amostra. Na primeira série, 9 turmas (5 do Colégio 1 e 4 do Colégio 2); na segunda série, 9 turmas (5 do Colégio 1 e 4 do Colégio 2); na terceira série, 5 turmas (3 do Colégio 1 e 2 do Colégio 2).

Gráfico1– Número de Turmas por série/ por Colégio



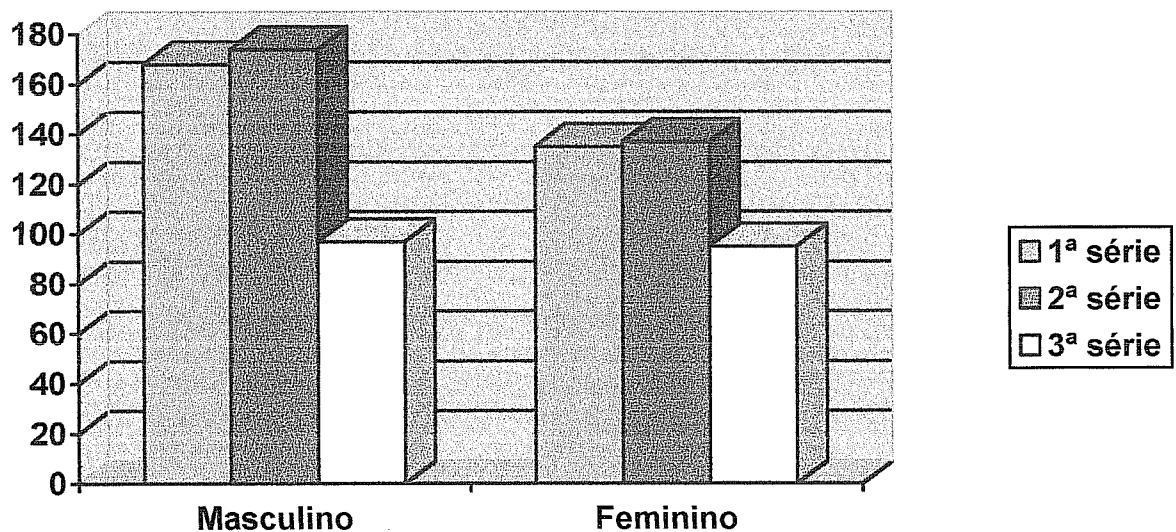
No dia da aplicação do instrumento, 814 alunos responderam ao questionário, constituindo a amostra inicial. Destes, oito interromperam o curso antes de concluir o ano letivo. A amostra ficou constituída, assim, por um total de 806 sujeitos, dos quais 465 são do Colégio 1 e 341 do Colégio 2. Do número total de sujeitos, 303 são da primeira série, 311 da segunda série e 192 da terceira série. A sua distribuição percentual pelas três séries que compõem a amostra apresenta os seguintes indicadores:

Gráfico 2 – Percentual de alunos de acordo com as séries



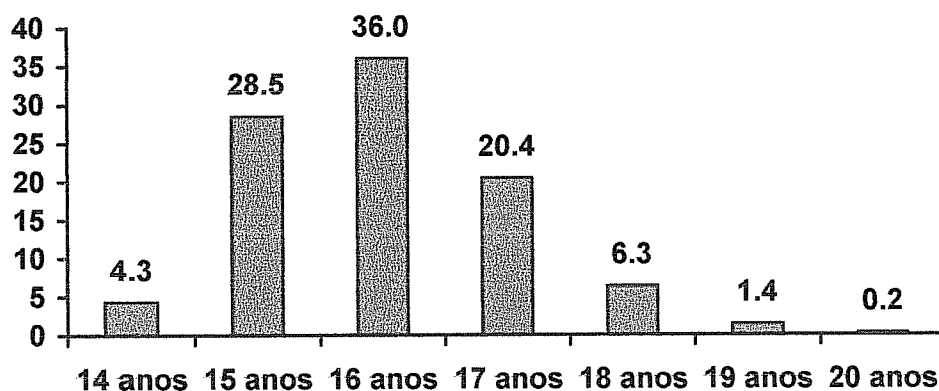
Em relação ao gênero, a amostra encontra-se equiparada, com leve predominância de homens: 367 sujeitos são do sexo feminino e 439 do sexo masculino. Vejamos como os sujeitos dos dois gêneros distribuem-se pelas séries:

Gráfico 3 – Número de alunos por gênero



O fator idade varia, nos estudantes da amostra, de 14 a 20 anos. A idade média é de 16,04. A distribuição percentual mostra que a faixa etária de 16 anos é a que engloba o maior número de sujeitos, seguida pela de 15 e, após, a de 17. Na faixa que compreende alunos dos 15 aos 17 anos está situada 87,8% da amostra, conforme mostra o gráfico 4.

Gráfico 4 – Percentual de alunos por idade



Vejamos a idade média dos alunos por série na tabela 6.

Tabela 6 – Estatísticas descritivas da idade por série

Série	N	Média	Desvio Padrão
Primeira	303	15,23	0,76
Segunda	311	16,15	0,73
Terceira	192	17,13	0,81
Total	806	16,04	1,05

A Escola

As duas escolas localizam-se no bairro Rio Branco, em Porto Alegre, próximo ao centro da cidade. Pertencem à Igreja Metodista e são, ambas, quase centenárias. O Colégio 1 foi fundado em 1900 sob a supervisão do Conselho Episcopal do Sul dos Estados Unidos (da América do Norte); o Colégio 2, em 1923. São escolas que “confessam a vida como o bem maior que existe”.

A ação pedagógica das escolas visa desenvolver o espírito crítico do aluno, em clima de liberdade, cooperação e interação entre o sujeito e o mundo físico como também entre os sujeitos que aprendem, valorizando o lúdico, a experiência concreta, a produção, a criatividade e a descoberta.

A prática da escola baseia-se no referencial teórico e científico piagetiano, cuja proposta pressupõe a leitura crítica da realidade vivenciada através de temas geradores. Desta forma, o tema gerador é o eixo integrador e orientador nas várias áreas do conhecimento, ou seja, cada ‘disciplina’ auxilia no sentido de desenvolver o conhecimento sobre o tema em estudo, caracterizando um trabalho interdisciplinar.

No 2º Grau a prática pedagógica oportuniza enfrentamentos, capacitando o educando a ampliar suas descobertas e ações sobre o mundo. O saber é construído a partir da ação/reflexão/ação, tendo como fundamento a óptica dialética do processo de mudança.

Instrumentos

EAT-26

Neste trabalho utilizou-se como instrumento de investigação e rastreamento de Transtornos Alimentares a tradução para o português do Eating Attitudes Test (EAT-26),

desenvolvido por Garner, Olmsted, Boher & Garfinkel (1982) Denominado no Brasil como Teste de Atitudes Alimentares, a tradução do EAT- 26 para o português foi realizada por Nunes, Bagatini, Abuchaim, Kunz, Ramos, Silva, Somenzi & Pinheiro (1994a). Para manter “a máxima fidedignidade aos propósitos do teste” e preservar a estrutura originalmente proposta pelos criadores do EAT-26, a equipe brasileira de pesquisadores realizou, inicialmente, duas traduções por tradutores independentes - brasileiros e professores de inglês. Posteriormente, duas pessoas bilingües - de língua materna inglesa - fizeram a versão de volta para o inglês. Essas quatro versões foram comparadas pela equipe brasileira com o teste original em inglês e escolhidas as melhores expressões de uso corrente em português, permitindo, então a tradução final.

Com a intenção de testar a compreensão das questões traduzidas do EAT-26, a equipe realizou uma aplicação experimental em duas turmas de estudantes de escolas públicas de Porto Alegre, aprovando, finalmente, a versão final para o português. Foi esta a versão por nós utilizada (ANEXO C).

Os itens do EAT-26 agrupam-se em três fatores (Dieta, Bulimia e Controle Oral), distribuídos da seguinte forma:

Os 13 primeiros correspondem ao Fator Dieta, que reflete a recusa patológica a ingerir alimentos de alto valor calórico e a preocupação com a forma física.

O Fator Bulimia corresponde às questões de número 14 a 19 e está positivamente relacionado a práticas purgativas e preocupação com comida, características presentes na Bulimia.

Os itens 20 a 26 do EAT-26, correspondem ao Fator Controle Oral relacionado ao autocontrole na ingestão de alimentos e à percepção da pressão social para o aumento de peso (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982).

Os 26 itens do EAT são avaliados em escala Likert, com seis opções de resposta: sempre, muito frequentemente, frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca.

Normas de Aplicação

A aplicação deste teste pode ser feita de forma individual ou coletiva, em adolescentes a partir de 14 anos de idade, independente da raça ou situação sócio-econômica. Em relação ao sexo, embora Rosen, Silberg & Gross (1988) recomendem a adoção de uma tabela de percentuais diferenciadas por gênero, por ter encontrado diferenças significativas nas atitudes em relação à alimentação e peso entre homens e mulheres, essa norma não é adotada pela grande maioria dos pesquisadores.

O examinador deve explicar que se trata de um teste sobre hábitos alimentares que deve ser respondido de acordo com aquilo que mais diz respeito ao examinando. Deve ser enfatizado que não existem respostas certas ou erradas, por isso a sinceridade é importante, que as respostas são individuais e confidenciais, e que todos os itens devem ser respondidos.

Normas de Correção

Na contagem dos pontos, às três primeiras opções (sempre, muito frequentemente, frequentemente) são atribuídos, respectivamente, os valores 3, 2 e 1. As três últimas opções (algumas vezes, raramente, nunca) atribui-se valor zero. No item número 4 "Gosto de experimentar novas comidas engordantes" a pontuação é realizada ao contrário das demais, ou seja, atribui-se valor zero para respostas *sempre, muito frequentemente e frequentemente*, valor 3 para *nunca*, valor 2 para *raramente* e valor 1 para *algumas vezes*.

O teste é considerado positivo quando o escore for igual ou superior a 20 pontos, indicando, nesse caso, a presença de Padrão Alimentar Anormal, mas sem revelar o diagnóstico clínico do Transtorno Alimentar (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa) ou da Obesidade.

Validade do Instrumento

O EAT deve ser utilizado para fins de rastreamento de casos em populações selecionadas, sendo um instrumento confiável. Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (1982) acharam um coeficiente de confiabilidade (consistência interna) de 0.90 numa amostra de 160 mulheres com diagnóstico de AN, e de 0.83 no grupo controle, composto de 140 estudantes universitárias não-clínicas.

O ponto de corte 20/21 é considerado como altamente satisfatório para determinar a positividade do teste. Neste ponto, Mann, Wakeling, Wood, Monck, Dobbs, & Szmukler (1983) encontraram 88.1% de sensibilidade, 96.7% de especificidade e 53% de valor preditivo positivo.

IMC

O Índice de Massa Corporal (IMC) de Quetelet expressa a relação entre o peso corporal em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado. A fórmula para o cálculo é $IMC = \text{peso (kg)} \div \text{por altura}^2 (\text{m}^2)$. O fundamento desta medida considera que, ao ser o peso uma medida de volume, se o denominador for elevado a mais de uma dimensão, diminui a influência da estatura, que perde a potência na valoração diagnóstica.

O IMC é uma medida simples, altamente correlacionada com outras avaliações de obesidade e de baixo peso corporal. É muito útil para propósitos descritivos ou

avaliativos, tendo como uma de suas principais vantagens permitir a comparação de populações. (National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, 1985).

Coutinho refere que na avaliação da obesidade, o IMC de Quetelet “além de ser um método de fácil aplicação, mostrou-se razoavelmente sensível e específico na identificação de indivíduos com adiposidade corporal excessiva.” (Coutinho, 1998, p. 198). O autor observa, no entanto, que o IMC é um índice de corpulência e não propriamente de adiposidade, podendo falhar em pessoas com massa muscular muito desenvolvida.

Apesar dessa limitação, Raich (1994) considera o IMC o mais recomendável dos índices de avaliação do peso corporal, uma vez que tem mostrado uma boa correlação com medidas mais precisas realizadas em laboratório sobre tecido adiposo, além de ser um bom indicador do estado nutricional de um indivíduo. (Raich, 1994, p.81).

Embora alguns autores recomendem a utilização do IMC, no caso de adolescentes, apenas “a jovens já com desenvolvimento de adultos, mesmo que não tenham 18 anos” (Carmo, 1997, p. 50), a grande maioria dos autores (Mann et al., 1983; Buddeberg-Fischer et al., 1996) que se dedicam à investigação epidemiológica dos Transtornos Alimentares tem utilizado este índice na avaliação de jovens estudantes.

Buddeberg-Fischer et al. (1996) enfatizam que muitos estudos epidemiológicos sobre comportamento alimentar de adolescentes têm sido publicados nos últimos anos. Alguns autores (Drewnowski et al., Beumont et al.) têm utilizado os valores absolutos do BMI (IMC) enquanto outros (Must et al., Hebebrand et al.) preferem utilizar o BMI (IMC) por percentil de idade.

Para fins deste trabalho, foram utilizados os valores do IMC, conforme indicado por Carmo (1997): peso magro, quando o IMC é abaixo de 20 Kg/m²; peso desejável, entre 20 a 25 Kg/m²; excesso de peso (sobrepeso), entre 25 a 30 Kg/m²; obesidade entre 30 a 40 Kg/m² e super obesidade (obesidade mórbida) acima de 40 Kg/m². (Carmo, 1997, p.50).

Resultados Escolares

Na operacionalização desta variável considera-se todas as disciplinas oferecidas pelas duas Escolas nas três séries de ensino do 2º Grau (ANEXO D).

Os valores assumidos por essa variável referem-se à nota final obtida pelo aluno em cada uma das disciplinas, consideradas isoladamente, e foram recolhidos diretamente do Boletim Escolar Quantificado, que constitui a medida objetiva de um conjunto de avaliações (provas, trabalhos realizados em aula e em casa, participação na sala de aula, atitude geral do aluno em relação ao professor e aos outros colegas, etc.).

De acordo com Bandim, Roazzi & Doménech (1998), o rendimento escolar avaliado através das notas quantificadas “parece-nos um método bastante fidedigno, enquanto instrumento metodológico, e com uma vantagem bastante pertinente, pois está inserido num contexto da realidade objetiva do aluno e professor, evitando, dessa forma, um possível viés de artificialidade que poderia estar inserido na aparente precisão de um instrumento específico, para avaliar competência em uma determinada disciplina.” (Bandim, Roazzi & Doménech , 1998, p.359).

O boletim escolar quantificado é um instrumento de registro formal das avaliações periódicas do rendimento escolar dos estudantes. De acordo com o regimento das escolas privadas em estudo, o sistema de avaliação obedece aos seguintes critérios:

- 1) A avaliação do aluno é realizada trimestralmente.
- 2) Na avaliação individualizada do aluno são considerados todos os aspectos de seu desenvolvimento
- 3) A expressão dos resultados da avaliação é dada através de notas de zero a dez.
- 4) A nota final é a média dos trimestres.
- 5) É considerado aprovado, sem recuperação terapêutica, o aluno que obtiver nota final mínima 7 (sete) em cada disciplina considerada individualmente.
- 6) O aluno que não obtém nota sete em alguma disciplina, realiza recuperação terapêutica, cuja nota final mínima, para aprovação, é 5 (cinco).

Procedimentos

Com a finalidade de obter autorização para a aplicação do EAT-26 e acesso ao boletim escolar da população pesquisada procuramos entrar em contato, em julho de 1997, com a direção das grandes escolas privadas de Porto Alegre. As escolas foram selecionadas em função do número de alunos matriculados no 2º grau, que deveria ser superior a 800, do reconhecimento, por parte da comunidade, de sua prática didático-pedagógica, e da adoção de um sistema quantificado de avaliação do rendimento escolar. Através de contato telefônico solicitava-se uma entrevista pessoal com a direção da escola. Uma vez obtida, entregava-se uma carta (ANEXOS A e B) em que era explicado o objetivo do trabalho e os passos previstos para a realização da pesquisa. Após sucessivas entrevistas, nas quais a autorização foi negada, chegou-se aos colégios 1 e 2, pertencentes à mesma instituição mantenedora.

Uma vez obtido o concorde da direção, fomos encaminhados ao Serviço de Orientação Educacional (SOE) para explicar, em maiores detalhes, o objetivo, e os procedimentos a serem adotados. Foram combinados dias e horários que permitissem a interrupção das atividades regulares de sala de aula, sem ocasionar grandes interferências no processo de ensino. O próprio SOE organizou uma planilha com datas e horários para a aplicação do teste e nos apresentou, previamente, aos professores das respectivas disciplinas.

A aplicação dos questionários foi realizada durante o mês de setembro de 1997. Nos dias e horários combinados, a coordenação do SOE nos acompanhava até às salas de aula, fazia a apresentação aos alunos, explicando que se tratava de uma pesquisa sobre hábitos alimentares e da necessidade dos alunos se identificarem, fornecendo nome, idade, sexo, colégio, série e turma. Os alunos não haviam sido previamente informados sobre a pesquisa. Estavam, entretanto, livres para participar. Ninguém se recusou a colaborar. Os instrumentos de coleta de dados foram distribuídos após uma breve explicação de como deveriam ser preenchidos. Com a finalidade de calcular, posteriormente, o IMC de cada sujeito, solicitou-se aos alunos que informassem em local próprio, no alto da página, e de forma mais precisa possível, seu peso e altura. O tempo médio de preenchimento do EAT-26 foi de 8 minutos. O próprio pesquisador, com auxílio de dois estudantes de Psicologia, da orientadora educacional e do professor da disciplina, recolhia os questionários, verificando se estavam corretamente preenchidos.

O Boletim Escolar Quantificado dos alunos foi fornecido pelo SOE. Utilizou-se para levantamento do rendimento escolar, os resultados obtidos pelos alunos ao final do ano letivo.

Os resultados dos três instrumentos – EAT-26, IMC e Boletim Escolar -, bem como os dados de identificação e biomorfológicos levantados, totalizando 806 sujeitos e 25 variáveis, passaram a constituir um banco de dados informatizado. Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS, versão 6.1 (Norusis 1994 a, 1994b).

Tratamento dos Dados

Tratamento da Amostra

Os procedimentos utilizados neste estudo seguiram os ditames metodológicos convencionados. A amostra foi considerada de forma global sempre que não houve necessidade de isolar a variável relativa ao Padrão Alimentar Anormal. Dessa forma, o tratamento dos dados relativos ao Rendimento Escolar e ao Índice de Massa Corporal levou em consideração, inicialmente, a totalidade da amostra.

Ao tratar-se os dados relativos ao Padrão Alimentar Anormal e à sua associação com o Rendimento Escolar foram considerados dois grupos diferentes de alunos, identificados pelo teste usado na determinação deste Padrão.

Os resultados apresentados no capítulo correspondente (cap. 5) foram encontrados a partir dos procedimentos descritos a seguir.

Tratamento das Variáveis Principais

Rendimento Escolar

No tratamento dos dados considerou-se essa variável, inicialmente, de maneira dicotômica, ou seja, diferenciou-se os sujeitos em APROVADO e REPROVADO.

Recorde-se que para efeito de aprovação são considerados os valores abaixo de 5 (cinco), numa escala de 0 (zero) a 10 (dez), obtidos em qualquer uma das 17 disciplinas que compõem, em nosso caso, essa variável.

Posteriormente, julgou-se necessário, para uma maior precisão na determinação do Rendimento Escolar, utilizar-se essa variável em seus valores contínuos, ou seja, a partir das médias obtidas pelos sujeitos, individualmente, em cada disciplina cursada (Rendimento Escolar Individual) ou pela totalidade dos sujeitos matriculados em determinada disciplina (Rendimento Escolar Médio na Disciplina).

Padrão Alimentar

No tratamento dos dados, o Padrão Alimentar Anormal é expresso pelo EAT-26 Positivo, que equivale a escores iguais ou superiores a 20 pontos, obtidos de acordo com o procedimento indicado por Garner et al. (1982). O EAT-26 Negativo corresponde aos sujeitos com escore igual a inferior a 20 pontos e indica Padrão Alimentar Normal.

Esta variável é tomada, neste trabalho, tanto em sua forma dicotômica (Positivo/Negativo), quanto em sua forma contínua - quando pode assumir valores de 0 a 78 -, sendo, nesse caso, indicado no texto.

Índice de Massa Corporal

Na distribuição dos sujeitos de acordo com seu Índice de Massa Corporal levou-se em consideração os valores internacionalmente aceitos - <20, 20-25, 25-30, 30-40 e >40 - que correspondem, respectivamente, às categorias magro, normal, sobre-peso, obesidade e obesidade mórbida.

Devido a frequência muito reduzida de obesidade mórbida encontrada na pesquisa (apenas um sujeito), no tratamento posterior dos dados fundiu-se essa categoria com a de obesidade, trabalhando-se, assim, com apenas quatro categorias de IMC.

Tratamento Estatístico

Na saída dos dados do Package estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), efetuaram-se testes do Qui-Quadrado sobre os resultados do Rendimento Escolar, do EAT-26 e do IMC com o objetivo de verificar a existência de diferenças significativas existentes, em cada uma dessas variáveis, quanto a sexo, idade e série de escolaridade e na investigação de possíveis relações entre as variáveis.

Para examinar a relação do IMC e do EAT-26 com o Rendimento Escolar buscou-se o Coeficiente de Correlação entre as variáveis, visto serem todas quantitativas, utilizando-se o R de Pearson, uma medida entre -1 e $+1$, na qual valores próximo de $+1$ indicam correlação direta entre duas variáveis e valores com sinal negativo indicam correlação inversa.

Sobre os dados relativos ao Rendimento Escolar foi efetuada a Análise Fatorial com o objetivo de explicar a estrutura de correlação de um conjunto de variáveis através de um conjunto relativamente pequeno de dimensões subjacentes, conhecidas como fatores, as quais preservam a maioria da informação do conjunto original de dados. Através da análise fatorial pode-se resumir um conjunto de variáveis e identificar fatores que não podem ser diretamente observados.

Seguidamente procedeu-se a uma análise de variância ANOVA com o objetivo de responder as hipóteses. Segundo Hair, Anderson, Tatham & Black (1995) a lógica da técnica de Análise de Variância (ANOVA – *Analysis of Variance*) está na decomposição da variância total da variável resposta em duas partes: uma relacionada aos grupos (entre grupos) e outra relacionada ao erro experimental (dentro dos grupos). Se pudermos considerar que a variabilidade existente na variável resposta deve-se a variável de grupo, estaremos rejeitando a hipótese de que não existe diferença na média da variável resposta entre os grupos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Rendimento Escolar

O Rendimento Escolar foi medido a partir da média obtida ao final do ano letivo em cada disciplina oferecida nas três séries de ensino. Português, Literatura, Matemática, História, Geografia, Biologia, Física, Química e Educação Física fazem parte da grade curricular das três séries. Filosofia, Educação Artística, Ensino Religioso, Desenho Geométrico e Sociologia são oferecidas apenas em algumas séries, razão pela qual o número de sujeitos nessas disciplinas é menor. O colégio 1 oferece a disciplina de Língua Inglesa em todas as séries e Língua Espanhola apenas na 2ª e 3ª séries; no colégio 2, o aluno pode optar entre Inglês e Espanhol e a nota é lançada no boletim escolar com o nome de Língua Estrangeira (ANEXO D). Quando houve necessidade – especialmente na realização dos testes estatísticos - reunimos estas disciplinas sob o nome de Língua Estrangeira, e nos casos em que o aluno havia cursado duas línguas estrangeiras, fizemos a média entre elas para obter a nota final. A tabela 7 apresenta as principais medidas descritivas das notas escolares.

Como se pode observar na Tabela 7, a média global mais baixa foi de 6,1 na disciplina de Matemática. A mais alta foi de 8,5 em Ensino Religioso.

Tabela 7 – Estatísticas descritivas das notas escolares por disciplina

Disciplinas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Português	806	0,5	9,7	6,247	1,281
Literatura	806	0,3	9,4	6,532	1,332
Matemática	806	0,7	9,8	6,170	1,737
Desenho Geométrico	357	0,6	9,9	6,747	1,568
História	806	1,1	9,7	6,875	1,349
Geografia	805	0,0	9,8	6,817	1,273
Biologia	806	0,0	9,7	6,482	1,411
Física	806	0,4	9,9	6,217	1,523
Química	805	0,0	9,7	6,524	1,475
Filosofia	697	1,8	9,7	6,760	1,420
Educação Artística	429	2,2	10,0	7,764	0,985
Ensino Religioso	487	2,7	10,0	8,536	0,949
Educação Física	805	0,0	10,0	7,664	2,330
Língua Estrangeira	806	3,0	10,0	7,486	1,035
Sociologia	126	2,7	9,8	7,240	1,512

Aproximadamente 24% dos 806 alunos foram reprovados (tabela 8). As reprovações referem-se àqueles alunos que obtiveram média inferior a 5 (cinco) em qualquer uma das disciplinas cursadas. Inclui, assim, tanto os que reprovaram em apenas uma disciplina, quanto aqueles que não alcançaram rendimento satisfatório em mais de uma disciplina.

Tabela 8 – Rendimento escolar: aprovações e reprovações

Alunos	Frequência	%
Aprovados	612	75,9
Reprovados	194	24,1
Total	806	100,0

Vamos examinar, agora, o índice de reprovação de cada colégio, separadamente, para verificar se há diferenças entre eles. Os resultados podem ser visualizados na tabela 9.

Tabela 9 – Rendimento Escolar

	Colégio 1	Colégio 2	Total
N.º Reprovados	81	113	806
% Reprovados	17,4%	33,1%	24,1%

Em relação ao número de reprovações por disciplinas, observa-se que os prejuízos no rendimento escolar não ocorrem, entre os reprovados, de forma globalizada. Como mostra a tabela 10, abaixo 45,9% dos alunos foram reprovados em somente uma ou duas disciplinas; apenas um aluno reprovou em todas as disciplinas.

Tabela 10- Reprovações por número de disciplinas

N.º de Disciplinas	Frequência de Reprovações	% Reprovações
1	44	22,7
2	45	23,2
3	16	8,2
4	22	11,3
5	26	13,4
6	12	6,2
7	10	5,2
8	05	2,6
9	06	3,1
10	04	2,1
11	02	1,0
12	00	0,0
13	01	0,5
14	01	0,5
Total	194	100,0

Os maiores índices de reprovação ocorreram nas disciplinas de Matemática e Física, ambas com 14,6%. Seguem-se Química, com 10,3% e Biologia, com 10,2% , conforme se observa na tabela 11.

Tabela 11 - Rendimento escolar dicotomizado por disciplina

Disciplinas	Aprovado		Reprovado		Total
	N	%	N	%	
Português	737	91,4	69	8,6	806
Literatura	750	93,1	56	6,9	806
Matemática	688	85,4	118	14,6	806
Desenho Geométrico	333	93,3	24	6,7	357
História	758	94,0	48	6,0	806
Geografia	758	94,2	47	5,8	805
Biologia	724	89,8	82	10,2	806
Física	688	85,4	118	14,6	806
Química	722	89,7	83	10,3	805
Sociologia	113	89,7	13	10,3	126
Filosofia	654	93,8	43	6,2	697
Educação Artística	426	99,3	03	0,7	429
Ensino Religioso	485	99,6	02	0,4	487
Educação Física	746	92,7	59	7,3	805
Espanhol	291	99,3	02	0,7	293
Inglês	462	99,4	03	0,6	465
Língua Estrangeira	337	98,8	04	1,2	341

Rendimento Escolar conforme o Sexo

Foram encontradas diferenças significativas no Rendimento Escolar em função do sexo. O sexo feminino apresenta um maior número de casos de aproveitamento do que o sexo masculino ($X^2 (1) = 4,8651, p < 0,03$).

Tabela 12 - Rendimento escolar conforme o sexo

Sexo	Aprovado		Reprovado	
	N	%	N	%
Feminino	292	79,6	75	20,4
Masculino	320	72,9	119	27,1
Total	612	75,9	194	24,1

Com o intuito de verificar se as diferenças no RE entre homens e mulheres ocorrem em disciplinas específicas, ou se distribuem, de forma uniforme entre as disciplinas, vamos examinar, agora, os resultados escolares (dicotomizados), conforme o sexo, considerando cada disciplina isoladamente.

Como se pode observar, o índice de reprovação dos homens é *menor* do que o das mulheres em apenas duas disciplinas (Geografia e Educação Física). Nas outras 15 disciplinas, o índice de reprovação dos homens é *maior* dos que o das mulheres. Embora essa diferença não seja estatisticamente significativa ($p > 0,05$), quando considerada cada disciplina isoladamente, nota-se que o índice de reprovação masculina por disciplina chega a ser mais do que o dobro (Português, Literatura) e até mesmo o triplo (Filosofia e Sociologia) do índice feminino.

Os dados mostram que os maiores índices de reprovação ocorreram nas mesmas disciplinas para ambos os sexos. As mulheres reprovaram mais em Física e Matemática (11,7%). Os maiores índices de reprovação masculina foram também em Física e Matemática, apenas em percentagem mais alta do que a das mulheres (17,1%).

Tabela 13 - Aprovação e reprovação por disciplinas conforme o sexo

Disciplinas	Feminino		Masculino	
	Aprovação %	Reprovação %	Aprovação %	Reprovação %
Português	94,6	5,4	88,8	11,2
Literatura	96,2	3,8	90,4	9,6
Matemática	88,3	11,7	82,9	17,1
Desenho Geométrico	94,3	5,7	92,3	7,7
História	95,1	4,9	93,2	6,8
Geografia	94,0	6,0	94,3	5,7
Biologia	92,6	7,4	87,5	12,5
Física	88,3	11,7	82,9	17,1
Química	91,8	8,2	87,9	12,1
Sociologia	100,0	0,0	84,7	15,3
Filosofia	97,2	2,8	91,1	8,9
Educação Artística	99,4	0,6	99,2	0,8
Ensino Religioso	100,0	0,0	99,2	0,8
Educação Física	91,3	8,7	93,8	6,2
Espanhol	100,0	0,0	98,6	1,4
Inglês	100,0	0,0	98,7	1,3
Língua Estrangeira	100,0	0,0	98,0	2,0

Estivemos, até agora, utilizando a variável Rendimento Escolar em sua forma categórica (aprovação/reprovação). Examinemos, agora, o Rendimento Escolar não categorizado (médias das notas), alcançado em cada disciplina de acordo com o sexo.

Como se pode observar, as médias das notas das mulheres são mais altas em praticamente todas as disciplinas. A única exceção ocorre na disciplina de Educação Física, na qual os homens obtiveram média ligeiramente superior a das mulheres.

Tabela 14 – Notas médias das disciplinas por sexo

Disciplinas	Sexo	
	Feminino	Masculino
Português	6,5	6,1
Literatura	6,8	6,3
Matemática	6,3	6,1
Desenho Geométrico	6,9	6,6
História	6,9	6,8
Geografia	6,9	6,8
Biologia	6,7	6,3
Física	6,2	6,2
Química	6,6	6,5
Sociologia	7,9	6,9
Filosofia	7,2	6,4
Educação Artística	8,2	7,5
Ensino Religioso	8,8	8,3
Educação Física	7,6	7,7
Espanhol	8,2	7,6
Inglês	7,8	7,5
Língua Estrangeira	7,3	7,2

Estivemos trabalhando, até o momento, com um grande número de disciplinas. Julgamos que um número menor de fatores que continuem nos informando o rendimento dos alunos pode ser útil para análise dos dados.

Assim, resolvemos aplicar a técnica da Análise Fatorial sobre as variáveis referentes ao Rendimento Escolar dos alunos. Deixaremos de fora aquelas disciplinas que não são oferecidas a todas turmas, pois isso acarretaria num grande número de *missing cases*, inviabilizando a execução da técnica. Manteremos, então, 10 variáveis. As tabelas 15 e 16 apresentam os resultados obtidos com a Análise Fatorial, realizada no *software* SPSS versão 6.0.

Tabelas 15 – Comunalidades

Disciplinas	Comunalidades
Português	0,721
Literatura	0,747
Matemática	0,747
História	0,672
Geografia	0,562
Biologia	0,763
Física	0,792
Química	0,728
Educação Física	0,989
Língua Estrangeira	0,296
K-M-O	0,945

Tabela 16 – Matriz de Cargas Fatoriais

Disciplinas	Fator 1	Fator 2
Física	0,890	-0,010
Biologia	0,873	-0,039
Matemática	0,863	0,041
Literatura	0,860	-0,085
Química	0,853	-0,007
Português	0,849	0,004
História	0,817	-0,067
Geografia	0,748	0,055
Língua Estrangeira	0,539	-0,075
Educação Física	0,140	0,985
% Variância	60,2281	70,1588
% Var. Acumulada	60,2281	9,9308

O valor de Kayser-Meyer-Olkin (K-M-O) é uma medida da adequabilidade amostral da técnica de Análise Fatorial. De acordo com o SPSS (1994), valores superiores a 0,8 são

considerados bons e abaixo de 0,5 inaceitáveis. Em nosso caso, o valor de 0,945 indica que a técnica de adequou muito bem.

As comunalidades representam a variância da variável que é partilhada com as outras através dos fatores comuns. Todas as comunalidades foram altas, apenas Geografia e Língua Estrangeira apresentaram comunalidades mais baixas.

Observando a matriz de cargas fatoriais verificamos que existem dois fatores bem distintos: o primeiro indica o *Desempenho Cognitivo* do aluno nas matérias de sala de aula. O segundo refere-se ao *Desempenho Físico* do aluno. A técnica diferenciou nitidamente um fator relacionado ao lado intelectual e outro ao aspecto físico. Os fatores são variáveis padronizadas com média zero e desvio-padrão 1. Com apenas dois fatores, é possível manter mais de 70% da informação contida nos dados. Isso é muito interessante, pois nos permite reduzir o número de variáveis de 10 para dois. Por outro lado, também é possível detectar fatores que estão por trás do desempenho escolar dos alunos. -

Poderemos agora, ao invés de analisar as disciplinas escolares, uma a uma, utilizarmos os dois fatores obtidos na Análise Fatorial.

Verificaremos se a diferença no *Rendimento Escolar* entre homens e mulheres, detectada pela utilização do teste do Qui-quadrado, confirma-se quando considerados os dois fatores obtidos com a Análise Fatorial. Para isso utilizaremos a técnica da Análise de Variância (ANOVA- *Analysis of Variance*). As tabelas 17 e 18 apresentam os resultados.

O resultado da análise de variância indica que devemos rejeitar a hipótese de igualdade no *Desempenho Cognitivo* médio entre meninos e meninas ($F(804,1)=7,862$; $p<0,005$). O sexo feminino apresentou um desempenho escolar médio superior ao sexo masculino.

Tabela 17 – Estatísticas descritivas do Fator 1 por sexo

Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Feminino	367	0,1073	0,9741
Masculino	439	-0,0897	1,0136
Total	806	0,0000	1,0000

O resultado da análise de variância para o fator 2, indica que devemos aceitar a hipótese de igualdade no Desempenho Físico entre homens e mulheres ao nível de significância de 5 % ($F(804,1)=1,844, 9=0,175$).

Tabela 18 – Estatísticas descritivas do Fator 2 por sexo

Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Feminino	367	-0,0523	1,0667
Masculino	439	0,0437	0,9397
Total	806	0,0000	1,0000

Rendimento Escolar conforme a Idade

Vamos examinar o Rendimento Escolar dos alunos de acordo com a idade, estabelecendo, inicialmente, a idade média dos alunos por série. Vejamos os resultados, na tabela 19.

Como era de se esperar, quanto maior a série, maior a idade. Também era esperado que a diferença na idade média de uma série para outra fosse de aproximadamente um ano, o que foi confirmado.

Tabela 19 – Idade dos alunos por série

Série	N	Idade	
		Média	Desvio Padrão
Primeira	303	15,23	0,76
Segunda	311	16,15	0,73
Terceira	192	17,13	0,81
Total	806	16,04	1,05

Tabela 20 – Faixa etária por série

Série	Idade categorizada			Total
	14 - 15 anos	16 anos	17 ou mais	
Primeira	221 72,94%	61 20,13%	21 6,93%	303 100%
Segunda	43 13,83%	196 63,02%	72 23,15%	311 100%
Terceira	1 0,52%	33 17,19%	158 82,29%	192 100%
Total	265 32,88%	290 35,98%	251 31,14%	806 100%

Como as variáveis série e idade estão diretamente relacionadas, vejamos na tabela 5.19 se há diferença no rendimento dos alunos por série.

Observa-se que o percentual de alunos reprovados na terceira série é a metade do percentual de reprovação na segunda série. O teste do Qui-quadrado mostra que a diferença ao nível das séries é estatisticamente significativa ($X^2(2) = 17,937, p < 0,000$).

Tabela 21- Rendimento Escolar por série

Séries	Rendimento		Total
	Aprovado	Reprovado	
Primeira	231 76,24%	72 23,76%	303 100%
Segunda	216 69,45%	95 30,55%	311 100%
Terceira	165 85,94%	27 14,06%	192 100%
Total	612 75,93%	194 24,07%	806 100%

Agora, vamos fazer o cruzamento entre o Rendimento Escolar e a idade na tabela 22.

Tabela 22 – Rendimento Escolar por idade

Idade	Rendimento		Total
	Aprovado	Reprovado	
14-15 anos	219 82,6%	46 17,4%	265 100%
16 anos	214 73,8%	76 26,2%	290 100%
17 ou mais	179 71,3%	72 28,7%	251 100%
Total	612 75,9%	194 24,1%	806 100%

O percentual de reprovação vai crescendo à medida que cresce a idade. Considerando os dados como uma amostra de adolescentes, iríamos rejeitar a hipótese de que o índice de reprovação independe da idade. Os dados sugerem que, quanto maior a idade, maior o índice de reprovação.

Vamos verificar se utilizando os fatores Desempenho Cognitivo e Desempenho Físico, e tomando-se a variável RE de forma não-dicotomizada, confirma-se a correlação das notas dos alunos com a idade. Usaremos o coeficiente de correlação de Pearson.

Embora de magnitude baixa, há correlação significativa entre o Desempenho Cognitivo e a idade dos alunos ($R(2)=-0,131, p<0,000$). O sinal negativo da correlação indica uma tendência a, quanto maior a idade, pior o Desempenho Cognitivo. Contudo, numa análise mais fina vemos que existem dois alunos com 20 anos que influenciam muito a correlação. A verdade é que, a partir dos 18 anos, não há aluno com escore de Desempenho Cognitivo muito alto, o que acontece com alunos de 14 a 17 anos. E isso fez com que a correlação fosse negativa e significativa. Não encontramos nenhuma correlação significativa entre o Desempenho Físico e idade dos alunos ($R(2)=-0,019, p>0,05$).

Realizamos uma análise de variância para averiguar se o Desempenho Cognitivo e o Desempenho Físico varia de acordo com a idade. Testaremos a hipótese de que o desempenho dos alunos é igual nas diferentes idades. As tabelas 23 apresenta os resultados.

Tabela 23 – Estatísticas descritivas dos fatores por idade

Desempenho	Idade	N	Média	D. P.
Desempenho Cognitivo	14 - 15 anos	265	0,176	0,953
	16 anos	290	-0,090	1,031
	17 ou mais	251	-0,081	0,992
	Total	806	0,000	1,000
Desempenho Físico	14 - 15 anos	265	0,017	0,826
	16 anos	290	-0,027	1,006
	17 ou mais	251	0,014	1,153
	Total	806	0,000	1,000

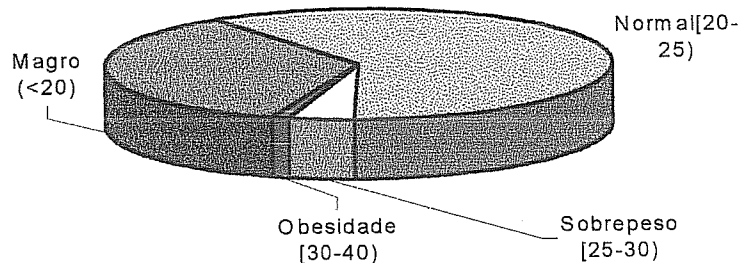
Os resultados da análise de variância indicam que existe diferença, ao nível de significância de 5%, no Desempenho Cognitivo de acordo com a idade ($F(803,2)=6,183, p<0,002$). Realizando um teste de complementação de Duncan, verificamos que os alunos de 14 a 15 anos apresentaram desempenho cognitivo superior aos demais alunos. Quanto ao Desempenho Físico, não há diferença entre os grupos de idade ($F(803,2)=0,701, p=0,843$).

Padrão Alimentar

Índice de Massa Corporal

O Índice de Massa Corporal (IMC) da amostra estudada apresentou maior frequência na faixa de normalidade. A distribuição dos sujeitos, de acordo com o IMC, é apresentada no gráfico 5.

Gráfico 5 – Frequências para IMC categorizado de acordo com a OMS



IMC conforme o Sexo

A distribuição do IMC conforme o sexo mostrou que 46,6% das mulheres são magras, índice bastante superior ao de homens magros (25,5%). A grande maioria dos homens (67,7%) apresentam peso normal. O índice de obesidade entre os homens é maior do que entre as mulheres ($\chi^2(3)=41,22974$, $p<0,001$).

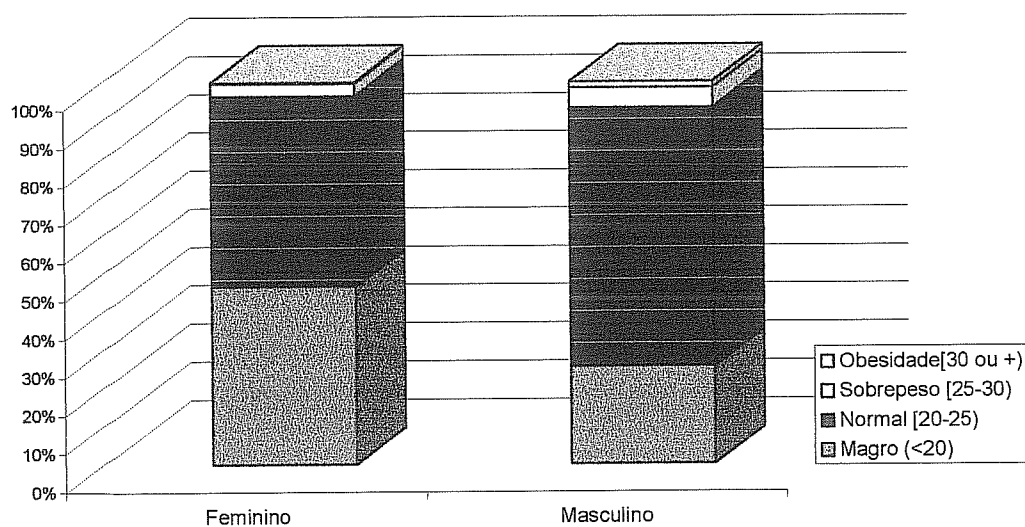
A tabela 24 mostra a distribuição dos sujeitos, conforme o sexo, de acordo com o IMC. Como o número de sujeitos com IMC acima de 40, que corresponde à obesidade mórbida, era de apenas 1, incluiu-se essa categoria na de Obesidade.

Tabela 24 – IMC por sexo

IMC categorizado	Feminino	Masculino
Magro (<20)	46,6%	25,5%
Normal [20-25)	49,9%	67,7%
Sobrepeso [25-30)	3,3%	5,2%
Obesidade[30 ou +)	0,3%	1,6%

Estes resultados podem ser melhor visualizados no gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição do sexo conforme o IMC



Índice de Massa Corporal conforme a Idade

No que se refere à análise dos resultados do IMC em função da idade, observa-se que o percentual de magros é maior na faixa dos 14-15 anos. Este percentual vai diminuindo à medida que a idade vai aumentando.

Tabela 25 - IMC por idade

Idade	Magro	Normal	Sobrepeso	Obesidade	Total
14 - 15 anos	118 44,5%	132 49,8%	11 4,2%	4 1,5%	265 100%
16 anos	97 33,4%	177 61,0%	15 5,2%	1 0,3%	290 100%
17 ou mais	68 27,1%	171 68,1%	9 3,6%	3 1,2%	251 100%
Total	283 35,1%	480 59,6%	35 4,3%	8 1,0%	806 100%

Vamos examinar a relação entre o rendimento escolar e o peso corporal, expresso pelo IMC. Observa-se que o índice de aprovação é mais alto nas categorias colocadas nos extremos da tabela (magro e obeso), com diferença estatisticamente significativa ($X^2(3) = 13,23682$, $P < 0,0041$).

Tabela 26 - IMC por Rendimento Escolar (dicotomizado)

	Aprovado		Reprovado	
	Frequência	%	Frequência	%
Magro (<20)	235	83,0	48	17,0
Normal [20-25)	344	71,7	136	28,3
Sobrepeso [25-30)	26	74,3	9	25,7
Obesidade [30 ou +)	7	87,5	1	12,7

Índice de Massa Corporal conforme o Rendimento Escolar

Vamos averiguar, utilizando a ANOVA, o Desempenho Cognitivo e o Físico de acordo com o IMC, tomando a variável Rendimento Escolar de forma não categorizada.

Tabela 27 – Estatísticas descritivas para o Desempenho Cognitivo (Fator 1)

IMC	N	Média	D. Padrão	Mínimo	Máximo
Magro (<20)	283	0,1524	0,9279	-2,8379	2,6495
Normal [20-25)	480	-0,0808	1,0314	-4,3238	2,2776
Sobrepeso [25-30)	35	-0,1890	1,0511	-2,6562	1,3624
Obesidade[30 ou +)	8	0,2843	0,7019	-0,4906	1,3603
Total	806	0,0000	1,0000	-4,3238	2,6495

O resultado da análise de variância indica que existe diferença significativa ($F(3,802)=3,192, p < 0,009$) no Desempenho Cognitivo entre pelo menos duas categorias de IMC. Realizando o teste para comparação de médias de Duncan, percebemos que o único par de categorias de IMC que difere significativamente é o Magro-Normal .

Os magros tiveram um desempenho significativamente superior aos normais. Quanto aos demais pares, nada se pode afirmar. Devemos ter muito cuidado nessa conclusão: as meninas mostraram ter um rendimento escolar bem superior aos meninos, e elas, por sua vez, possuem IMC mais baixo que os meninos. A diferença no Desempenho Cognitivo encontrada no par magro-normal pode ser reflexo do sexo e não do IMC.

Fator 2 – Desempenho Físico

Tabela 28-Estatísticas Descritivas para o Desempenho Físico

IMC	N	Média	D. Padrão
Magro (<20)	283	-0,0435	1,0000
Normal [20-25)	480	0,0494	0,9848
Sobrepeso [25-30)	35	-0,2386	1,1195
Obesidade[30 ou +)	8	-0,3812	1,2555
Total	806	0,0000	1,0000

O valor de p na tabela de ANOVA indica que no desempenho físico médio nos diferentes grupos de IMC não existe diferença significativa ($F(802,3)=1,625, p > 0,18$) entre pelo menos duas categorias de IMC.

EAT-26

Índice de positividade do EAT-26

O levantamento dos dados do EAT-26 evidencia que, para a amostra total, 806 sujeitos, 690 alunos obtiveram resultados negativos e 116 resultados positivos. O índice de positividade do EAT-26 encontrado foi de 14,4 %.

Tabela 29- Resultado do EAT-26

Resultado do EAT 26	Frequência	%
Positivo	116	14,4
Negativo	690	85,6
Total	806	100,0

EAT-26 conforme o Sexo.

Em relação à variável sexo, verificou-se que constitui fator que influencia significativamente o índice de positividade obtido no EAT-26.

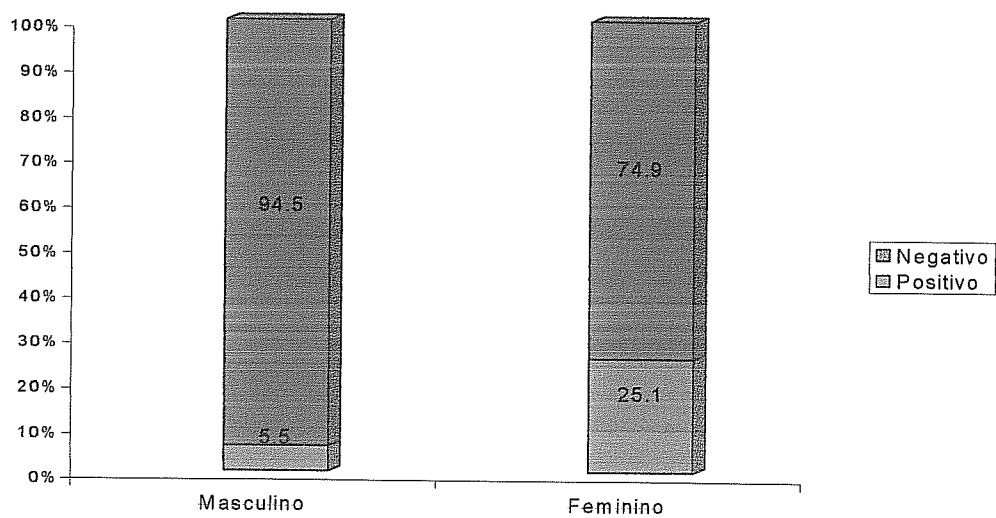
A tabela 30 mostra os resultados totais por sexo para a variável EAT-26 positivo. A análise do Qui-quadrado demonstra diferenças significativas entre os sexos. Os sujeitos do sexo feminino apresentam um maior número de casos positivos do que o sexo masculino ($X^2(1)= 62,33352, p < 0,0001$).

Tabela 30 - Resultados do EAT-26 por sexo

Resultado	Masculino	Feminino	Frequência
Positivo	5,5%	25,1%	116
Negativo	94,5%	74,9%	690
Total	100,0%	100,0%	806

O índice de positividade das mulheres no EAT-26 é quase cinco vezes superior ao dos homens, como mostra o gráfico 7.

Gráfico 7 – Resultados do EAT-26 por sexo



EAT-26 conforme a Idade.

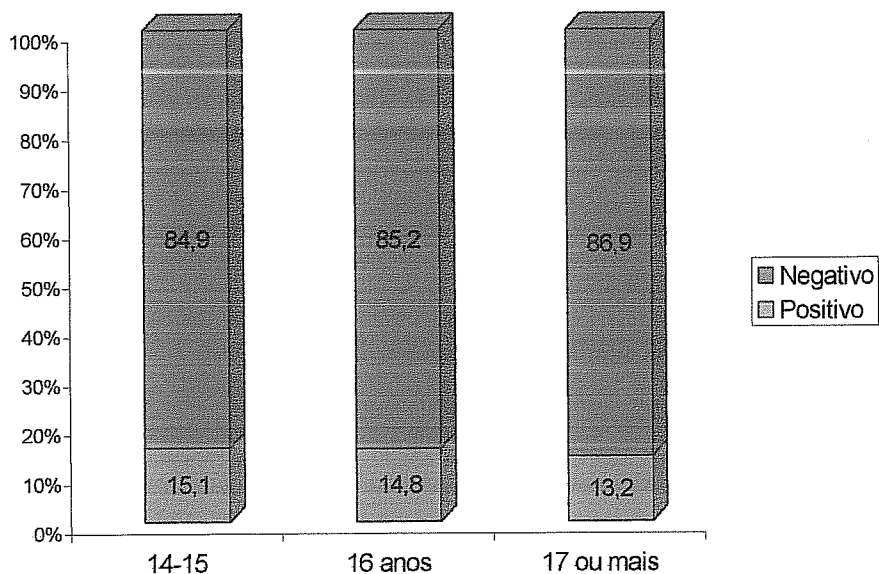
Examinando a relação do EAT-26 com a Idade, verificou-se que praticamente não existe diferença nos percentuais. Um teste Qui-quadrado ($\chi^2=0,466$; $p=0,792$) nos levou à aceitação da hipótese de não haver relação entre a idade e o EAT-26.

Tabela 31 - Resultados do EAT-26 por idade

Idade	Negativo	Positivo	Total
14-15 anos	225 84,91%	40 15,09%	265 100%
16 anos	247 85,17%	43 14,83%	290 100%
17 ou mais	218 86,85%	33 13,15%	251 100%
Total	690 85,61%	116 14,39%	806 100%

Apesar de não haver diferença significativa entre as faixas etárias na pontuação positiva ou negativa do EAT-26, observa-se uma leve tendência de diminuir o índice de positividade, à medida que a idade aumenta, como se pode observar no gráfico 8.

Gráfico 8 - Resultados do EAT-26 por idade



Escores do EAT-26

O escore médio obtido no EAT-26, pelos 806 sujeitos que compõem a amostra, foi de 10,77 pontos. A pontuação mínima obtida foi de zero pontos e a máxima de 54 pontos.

As mulheres obtiveram escore médio de 14,24 pontos, duas vezes superior ao dos homens, que foi de 7,87 pontos. Também em relação à pontuação máxima, há diferenças

entre homens e mulheres, com as mulheres obtendo escore máximo superior ao dos homens, como mostra a tabela 32.

Tabela 32- Escores do EAT-26 segundo o sexo

Escore EAT-26	Feminino	Masculino
Médio	14,24	7,87
Mínimo	0	0
Máximo	54	48
Desvio Padrão	9,45	6,35

Na tabela .33, apresentamos os escores médios do EAT-26 segundo a idade.

Tabela 33 – Estatísticas descritivas do EAT-26 por idade

Idade	EAT-26		
	Média	Desvio-Padrão	n
14-15 anos	10,768	9,029	265
16 anos	11,110	8,047	290
17 ou mais	10,382	8,525	251
Total	10,771	8,523	806

Como se pode observar, o escore médio mais alto foi obtido pelos jovens na faixa etária dos 16 anos.

Correlação do EAT-26 com o IMC

Vamos examinar se existe correlação entre o Índice de Massa Corporal e o Padrão Alimentar Anormal, expresso pela positividade no EAT-26.

Tabela 34 - Relação entre IMC e EAT-26 (ambos categorizados)

IMC (OMS)	Negativo	Positivo	Total
Magro	250 88,3%	33 11,7%	283 100%
Normal	405 84,4%	75 15,6%	480 100%
Sobrepeso	28 80,0%	7 20,0%	35 100%
Obesidade	7 87,5%	1 12,5%	8 100%
Total	690 85,61%	116 14,39%	806 100%

O percentual de EAT-26 positivo e negativo é praticamente o mesmo nas diferentes categorias de IMC. De acordo com um teste de Qui-quadrado ($X^2=3,222$; $p=0,358$), ao nível de significância de 5%, não existe relação entre as duas variáveis.

Vamos examinar a correlação do IMC com o EAT-26 utilizando o Coeficiente de Correlação de Pearson.

O valor do coeficiente ($r = 0,036$, $p = 0,340$) sugerem que não existe correlação entre as duas variáveis. No entanto, quando a correlação do IMC com o EAT-26 é feita separadamente para homens e mulheres é significativa, mas de magnitude baixa. Para o sexo feminino ($R =$

0,157, $p < 0,003$), enquanto para o sexo masculino o valor da correlação é de $R = 0,118, p < 0,013$

Percebemos, pelos resultados, que as mulheres parecem possuir, em geral, um IMC menor do que o dos homens e, conforme foi mostrado anteriormente, as mulheres possuem valores mais altos de EAT-26.

Foram realizadas ANOVA's para a variável EAT-26 (com valores contínuos) em função da classificação IMC. Mantivemos apenas três grupos, uma vez que os outros (obeso e obesidade mórbida) tinham uma baixa frequência. Vejamos os resultados.

Tabela 35 - Mulheres: média do EAT-26 por IMC e estatística F

IMC	n	Média EAT-26
Magro	171	12,39
Normal	183	15,92
Sobrepeso	12	15,33

($F=6,44, p < 0,002$)

Tabela 36 - Homens: média do EAT-26 por IMC e estatística F

IMC	n	Média EAT-26
Magro	112	7,59
Normal	297	7,67
Sobrepeso	23	11,52

($F=4,111, p < 0,017$)

Os resultados confirmam aqueles obtidos com o teste do Qui-quadrado para valores dicotomizados, ou seja, para a amostra total não existem diferenças significativas; no entanto, quando se realiza a mesma análise para os homens e as mulheres existem diferenças significativas.

Correlação do EAT-26 com o Rendimento Escolar

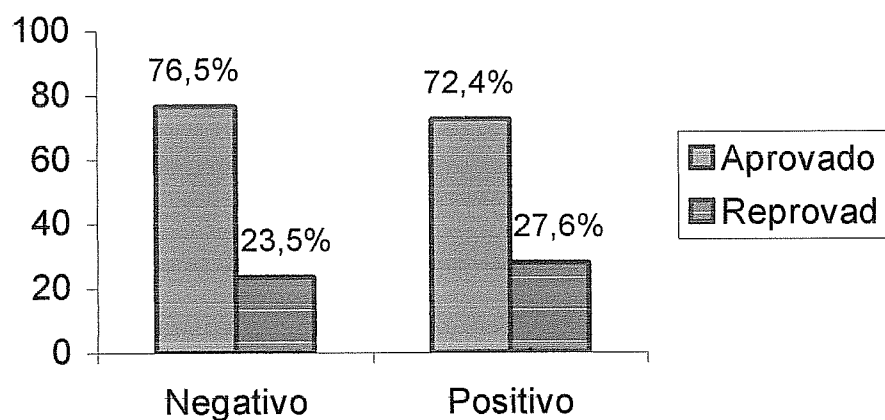
Iremos investigar se a reprovação escolar está relacionada aos hábitos alimentares. Para isso construiremos uma tabela cruzada entre o resultado no EAT-26 e o Rendimento Escolar. Realizaremos o teste de Qui-quadrado (*Chi Square*).

Tabela 37 – Rendimento Escolar por EAT-26

	Aprovado	Reprovado	Total
Negativo	528 76,5%	162 23,5%	690 100%
Positivo	84 72,4%	32 27,6%	116 100%

O gráfico 9 demonstra os resultados do rendimento escolar em função do EAT-26. Não foram encontradas diferenças significativas ($X^2(1)=,9169$; $p=,3383$) entre o Rendimento Escolar daqueles alunos que obtiveram escore positivo no EAT-26 e daqueles com escore negativo.

Gráfico 9 – Rendimento escolar em função do EAT-26.



Vamos examinar, agora, separadamente, o Rendimento Escolar dos estudantes masculinos e femininos.

Tabela 38 – Rendimento escolar por EAT-26: Sexo Feminino

EAT-26	Rendimento		Total
	Aprovado	Reprovado	
Negativo	222 80,7%	53 19,3%	275 100,0%
Positivo	70 76,1%	22 23,9%	92 100,0%
Total	292 79,6%	75 20,4%	367 100,0%

Qui-quadrado = 0,913

Significância = 0,339

Tabela 39 – Rendimento escolar por EAT-26: Sexo Masculino

EAT-26	Rendimento		Total
	Aprovado	Reprovado	
Negativo	306 73,7%	109 26,3%	415 100,0%
Positivo	14 58,3%	10 41,7%	24 100,0%
Total	320 72,9%	119 27,1%	439 100,0%

Qui-quadrado = 2,724, $p < 0,099$

Nas tabelas 40 e 41 aceitamos a hipótese de que a proporção de aprovados e reprovados não difere entre os EAT-26 positivos e negativos, pois a significância (valor de p) é superior a 0,05.

Para melhor explorar o rendimento escolar, realizamos comparações entre os EAT-26 positivo e negativo em relação às reprovações por disciplina. A tabela 40 apresenta a frequência de reprovações dos EAT-26 positivos e dos negativos por disciplina e o percentual sobre o total da coluna. Realizando um teste de comparação de proporções entre os EAT-26 positivos e negativos, a única diferença estatisticamente significativa, ao nível de 5%, é em Sociologia. Nesta disciplina os EAT-26 negativos possuem um percentual de reprovação estatisticamente superior.

Tabela 40 - Reprovações por EAT-26 positivo e negativo por disciplina

Disciplinas	EAT-26	
	Negativo	Positivo
Língua Portuguesa	59 8,6%	10 8,6%
Literatura	46 6,7%	10 8,6%
Matemática	96 13,9%	22 19,0%
Desenho Geométrico	18 2,6%	6 5,2%
História	37 5,4%	11 9,5%
Geografia	39 5,7%	8 6,9%
Biologia	67 9,7%	15 12,9%
Física	99 14,3%	19 16,4%
Química	65 9,4%	18 15,5%
Inglês	2 0,3%	1 0,9%
Filosofia	37 5,4%	6 5,2%
Educação Artística	3 0,4%	0,0%
Religião	2 0,3%	0,0%
Espanhol	1 0,1%	1 0,9%
Língua Estrangeira	4 0,6%	0,0%
Sociologia*	13 1,9%	0,0%
Total	690	116

Examinemos agora, as médias obtidas em cada disciplina por homens e mulheres, separadamente. A comparação das notas médias não pode ser feita por meio de um teste Qui-quadrado, pois as variáveis não são categóricas. Por esse motivo, foi utilizado o teste t de Student.

Tabela 41 – Notas médias por EAT-26 positivo e negativo: Sexo feminino

Disciplinas		Negativo	Positivo	t	p																																																																																																																																													
Português	Média	6,5	6,3	1,552	,121																																																																																																																																													
	N	275	92			Literatura	Média	6,9	6,7	1,458	,146	N	275	92	Matemática	Média	6,4	6,1	1,372	,171	N	275	92	Desenho Geométrico	Média	7,0	6,5	1,907	,058	N	123	53	História	Média	6,9	7,0	-,107	,915	N	275	92	Geografia	Média	7,0	6,6	2,112	,035*	N	275	92	Biologia	Média	6,7	6,5	1,500	,134	N	275	92	Física	Média	6,2	6,1	,867	,387	N	275	92	Química	Média	6,7	6,4	1,656	,099	N	274	92	Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107	N	165	61	Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023
Literatura	Média	6,9	6,7	1,458	,146																																																																																																																																													
	N	275	92			Matemática	Média	6,4	6,1	1,372	,171	N	275	92	Desenho Geométrico	Média	7,0	6,5	1,907	,058	N	123	53	História	Média	6,9	7,0	-,107	,915	N	275	92	Geografia	Média	7,0	6,6	2,112	,035*	N	275	92	Biologia	Média	6,7	6,5	1,500	,134	N	275	92	Física	Média	6,2	6,1	,867	,387	N	275	92	Química	Média	6,7	6,4	1,656	,099	N	274	92	Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107	N	165	61	Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7						
Matemática	Média	6,4	6,1	1,372	,171																																																																																																																																													
	N	275	92			Desenho Geométrico	Média	7,0	6,5	1,907	,058	N	123	53	História	Média	6,9	7,0	-,107	,915	N	275	92	Geografia	Média	7,0	6,6	2,112	,035*	N	275	92	Biologia	Média	6,7	6,5	1,500	,134	N	275	92	Física	Média	6,2	6,1	,867	,387	N	275	92	Química	Média	6,7	6,4	1,656	,099	N	274	92	Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107	N	165	61	Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7															
Desenho Geométrico	Média	7,0	6,5	1,907	,058																																																																																																																																													
	N	123	53			História	Média	6,9	7,0	-,107	,915	N	275	92	Geografia	Média	7,0	6,6	2,112	,035*	N	275	92	Biologia	Média	6,7	6,5	1,500	,134	N	275	92	Física	Média	6,2	6,1	,867	,387	N	275	92	Química	Média	6,7	6,4	1,656	,099	N	274	92	Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107	N	165	61	Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																								
História	Média	6,9	7,0	-,107	,915																																																																																																																																													
	N	275	92			Geografia	Média	7,0	6,6	2,112	,035*	N	275	92	Biologia	Média	6,7	6,5	1,500	,134	N	275	92	Física	Média	6,2	6,1	,867	,387	N	275	92	Química	Média	6,7	6,4	1,656	,099	N	274	92	Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107	N	165	61	Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																	
Geografia	Média	7,0	6,6	2,112	,035*																																																																																																																																													
	N	275	92			Biologia	Média	6,7	6,5	1,500	,134	N	275	92	Física	Média	6,2	6,1	,867	,387	N	275	92	Química	Média	6,7	6,4	1,656	,099	N	274	92	Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107	N	165	61	Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																										
Biologia	Média	6,7	6,5	1,500	,134																																																																																																																																													
	N	275	92			Física	Média	6,2	6,1	,867	,387	N	275	92	Química	Média	6,7	6,4	1,656	,099	N	274	92	Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107	N	165	61	Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																			
Física	Média	6,2	6,1	,867	,387																																																																																																																																													
	N	275	92			Química	Média	6,7	6,4	1,656	,099	N	274	92	Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107	N	165	61	Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																												
Química	Média	6,7	6,4	1,656	,099																																																																																																																																													
	N	274	92			Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107	N	165	61	Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																																					
Inglês	Média	7,8	7,6	1,620	,107																																																																																																																																													
	N	165	61			Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970	N	232	84	Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																																														
Filosofia	Média	7,2	7,2	-,038	,970																																																																																																																																													
	N	232	84			Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943	N	135	41	Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																																																							
Educação Artística	Média	8,2	8,2	,071	,943																																																																																																																																													
	N	135	41			Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800	N	166	64	Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																																																																
Religião	Média	8,8	8,8	,253	,800																																																																																																																																													
	N	166	64			Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230	N	275	92	Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																																																																									
Educação Física	Média	7,7	7,3	1,203	,230																																																																																																																																													
	N	275	92			Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434	N	108	38	Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																																																																																		
Espanhol	Média	8,1	8,3	-,785	,434																																																																																																																																													
	N	108	38			Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*	N	110	31	Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																																																																																											
Língua Estrangeira	Média	7,4	6,9	2,373	,019*																																																																																																																																													
	N	110	31			Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023	N	34	7																																																																																																																																				
Sociologia	Média	8,1	7,2	2,367	,023																																																																																																																																													
	N	34	7																																																																																																																																															

Como se pode observar na tabela. 41, as únicas diferenças na média, estatisticamente significantes de acordo com o Teste t de Student para amostras

independentes ao nível de significância de 5%, ocorreram nas disciplinas de Geografia e Língua Estrangeira. Nessas duas disciplinas, as estudantes com Padrão Alimentar Anormal, expresso pela positividade obtida no EAT-26, obtiveram médias inferiores às das estudantes sem Padrão Alimentar Anormal.

Em todas as demais disciplinas houve diferenças, mas de baixa magnitude, sem significância estatística. Em dez destas disciplinas, as médias das estudantes com EAT-26 positivo foram ligeiramente inferiores as das estudantes com EAT-26 negativo. Em três disciplinas (Filosofia, Educação Artística e Religião) as médias de ambos os grupos considerados foram exatamente as mesmas. Em apenas duas disciplinas (História e Espanhol), as estudantes com EAT-26 negativo obtiveram médias inferiores – com diferenças ínfimas – às das EAT-26 positivo.

Vejamos, agora, às médias obtidas pelos estudantes do sexo masculino. Os resultados são apresentados na tabela 42.

Como se pode observar na tabela 42, as únicas diferenças na média, estatisticamente significativas, ocorreram nas disciplinas de Geografia e Educação Física. Em ambas, os estudantes de sexo masculino com Padrão Alimentar Anormal, obtiveram médias inferiores as dos estudantes sem Padrão Alimentar Anormal.

Nas demais disciplinas houve diferenças sem significância estatística. Em 12 destas disciplinas, as médias dos estudantes com EAT-26 positivo foram inferiores as dos estudantes com EAT-26 negativo. Houve igualdade nas médias apenas numa disciplina (Espanhol). Em duas disciplinas (Religião e Sociologia), os estudantes com EAT-26 negativo obtiveram médias inferiores as dos EAT-26 positivo.

Tabela 42 - Notas médias por EAT-26 positivo e negativo: Sexo masculino

Disciplinas		Negativo	Positivo	t	p																																																																																																																																													
Português	Média	6,1	5,8	1,103	,271																																																																																																																																													
	N	415	24			Literatura	Média	6,3	5,8	1,651	,099	N	415	24	Matemática	Média	6,1	5,5	1,465	,144	N	415	24	Desenho Geométrico	Média	6,7	6,4	,534	,594	N	167	14	Historia	Média	6,9	6,3	1,900	,058	N	415	24	Geografia	Média	6,8	6,3	2,122	,034*	N	414	24	Biologia	Média	6,4	5,9	1,670	,096	N	415	24	Física	Média	6,2	5,9	1,033	,302	N	415	24	Química	Média	6,5	6,2	,936	,350	N	415	24	Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197	N	222	17	Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600
Literatura	Média	6,3	5,8	1,651	,099																																																																																																																																													
	N	415	24			Matemática	Média	6,1	5,5	1,465	,144	N	415	24	Desenho Geométrico	Média	6,7	6,4	,534	,594	N	167	14	Historia	Média	6,9	6,3	1,900	,058	N	415	24	Geografia	Média	6,8	6,3	2,122	,034*	N	414	24	Biologia	Média	6,4	5,9	1,670	,096	N	415	24	Física	Média	6,2	5,9	1,033	,302	N	415	24	Química	Média	6,5	6,2	,936	,350	N	415	24	Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197	N	222	17	Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4						
Matemática	Média	6,1	5,5	1,465	,144																																																																																																																																													
	N	415	24			Desenho Geométrico	Média	6,7	6,4	,534	,594	N	167	14	Historia	Média	6,9	6,3	1,900	,058	N	415	24	Geografia	Média	6,8	6,3	2,122	,034*	N	414	24	Biologia	Média	6,4	5,9	1,670	,096	N	415	24	Física	Média	6,2	5,9	1,033	,302	N	415	24	Química	Média	6,5	6,2	,936	,350	N	415	24	Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197	N	222	17	Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4															
Desenho Geométrico	Média	6,7	6,4	,534	,594																																																																																																																																													
	N	167	14			Historia	Média	6,9	6,3	1,900	,058	N	415	24	Geografia	Média	6,8	6,3	2,122	,034*	N	414	24	Biologia	Média	6,4	5,9	1,670	,096	N	415	24	Física	Média	6,2	5,9	1,033	,302	N	415	24	Química	Média	6,5	6,2	,936	,350	N	415	24	Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197	N	222	17	Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																								
Historia	Média	6,9	6,3	1,900	,058																																																																																																																																													
	N	415	24			Geografia	Média	6,8	6,3	2,122	,034*	N	414	24	Biologia	Média	6,4	5,9	1,670	,096	N	415	24	Física	Média	6,2	5,9	1,033	,302	N	415	24	Química	Média	6,5	6,2	,936	,350	N	415	24	Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197	N	222	17	Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																	
Geografia	Média	6,8	6,3	2,122	,034*																																																																																																																																													
	N	414	24			Biologia	Média	6,4	5,9	1,670	,096	N	415	24	Física	Média	6,2	5,9	1,033	,302	N	415	24	Química	Média	6,5	6,2	,936	,350	N	415	24	Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197	N	222	17	Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																										
Biologia	Média	6,4	5,9	1,670	,096																																																																																																																																													
	N	415	24			Física	Média	6,2	5,9	1,033	,302	N	415	24	Química	Média	6,5	6,2	,936	,350	N	415	24	Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197	N	222	17	Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																			
Física	Média	6,2	5,9	1,033	,302																																																																																																																																													
	N	415	24			Química	Média	6,5	6,2	,936	,350	N	415	24	Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197	N	222	17	Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																												
Química	Média	6,5	6,2	,936	,350																																																																																																																																													
	N	415	24			Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197	N	222	17	Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																																					
Inglês	Média	7,5	7,2	1,293	,197																																																																																																																																													
	N	222	17			Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331	N	360	21	Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																																														
Filosofia	Média	6,4	6,1	,973	,331																																																																																																																																													
	N	360	21			Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737	N	241	12	Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																																																							
Educação Artística	Média	7,5	7,4	,337	,737																																																																																																																																													
	N	241	12			Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488	N	240	17	Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																																																																
Religião	Média	8,3	8,4	-,695	,488																																																																																																																																													
	N	240	17			Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*	N	414	24	Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																																																																									
Educação Física	Média	7,8	6,7	2,231	,026*																																																																																																																																													
	N	414	24			Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970	N	135	12	Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																																																																																		
Espanhol	Média	7,6	7,6	,038	,970																																																																																																																																													
	N	135	12			Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768	N	193	7	Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																																																																																											
Língua Estrangeira	Média	7,2	7,1	,296	,768																																																																																																																																													
	N	193	7			Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600	N	81	4																																																																																																																																				
Sociologia	Média	6,9	7,3	-,526	,600																																																																																																																																													
	N	81	4																																																																																																																																															

Agora, vejamos se há diferença entre os indivíduos EAT-26 positivos e negativos, no Rendimento Escolar (dicotômico), quando considerados os fatores Desempenhos Cognitivo e Físico. Para isso utilizaremos a técnica de ANOVA.

Tabela 43 – Estatísticas descritivas do Fator 1 por EAT-26 positivo e negativo

EAT -26	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Negativo	690	0,0204	1,0064	-4,3238	2,6495
Positivo	116	-0,1211	0,9565	-2,4362	1,9789
Total	806	0,0000	1,0000	-4,3238	2,6495

Os resultados da análise de variância indicam que devemos aceitar a hipótese de igualdade de que o Desempenho Cognitivo médio nos dois grupos é igual, isto é, não existe diferença significativa ($F(804,1)=1,991, p>0,158$) entre os grupos EAT-26 positivo e negativo.

Agora, realizaremos a Análise com o Fator 2 – Desempenho Físico.

O teste de homogeneidade de variâncias nos leva a rejeitar a hipótese de que a variância é igual nos grupos EAT-26 positivo e negativo. Como isso é um pressuposto da técnica de ANOVA, teremos de contornar esse problema. Criaremos uma nova variável Y da seguinte forma: $Y = \text{ARCTAN}(\text{Fator 2})$. Agora, veremos se com a nova variável Y, suavizamos a diferença na variância entre os dois grupos.

Tabela 44 – ANOVA: Desempenho Físico (Fator 2) por EAT-26 positivo e negativo

Causas de Variação	SQ	GL	QM	F	p
Entre Grupos	0,823	1	,823	3,141	,077
Erro Experimental	210,651	804	,262		
Total	211,474	805			

Tabela 45 - Estatísticas descritivas do Fator 2 por EAT-26 positivo e negativo

EAT -26	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Negativo	690	0,0317	0,9575	3,4768	1,5833
Positivo	116	0,1886	1,2105	3,4728	1,1184
Total	806	0,0000	1,0000	3,4768	1,5833

O valor de p na tabela de ANOVA indica que devemos aceitar a hipótese de igualdade no Desempenho Cognitivo médio nos dois grupos, isto é, não existe diferença significativa (ao nível de significância de 5%), entre os grupos EAT- 26 positivo e negativo. Observando as estatísticas descritivas, verificamos que o grupo dos EAT- 26 Negativo apresentaram desempenho médio em Educação Física, superior aos EAT- 26 Positivos, porém não significativo.

Tabela 46 – Correlação entre fatores e EAT-26 por sexo

		Masculino	Feminino
		EAT-26	EAT-26
Desempenho Cognitivo	Correlation	-0,121	-0,119
	Significance	0,011	0,023
Desempenho Físico	Correlation	-0,084	-0,08
	Significance	0,078	0,127

Embora baixa em magnitude, as correlações do EAT-26 com o Fator de Desempenho Cognitivo foram significativas ao nível de 5%. O sinal negativo indica que, quanto maior o escore EAT-26, pior será o Desempenho Cognitivo. Mas é importante salientar que as correlações são muito baixas e que o resultado é uma leve tendência.

As correlações do EAT-26 com o Desempenho Físico não foram significativas ao investigarmos separadamente cada sexo.

Relação entre IMC, EAT-26 e Rendimento Escolar

Utilizaremos, agora, as variáveis EAT-26 e IMC sem a categorização. Suspeita-se que o índice de massa corporal e o EAT-26 podem estar relacionados com os fatores de desempenho dos alunos. Para isso, buscaremos o coeficiente de correlação entre as variáveis, visto serem todas quantitativas.

Tabela 47 – Correlação entre fatores, EAT-26 e IMC

		EAT-26	IMC
Desempenho Cognitivo	Correlation	-0,063	-0,087
	Significance	0,077	0,014
Desempenho Físico	Correlation	-0,098	-0,020
	Significance	0,005	0,574

As correlações do EAT-26 e do IMC com os fatores são muito baixas, todas são inferiores a 0,1. Apesar de algumas serem significativas (inferior a 0,05) verificamos que a magnitude do coeficiente de correlação é muito baixa.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que se refere ao Rendimento Escolar, os dados apurados nesse estudo, relativos ao índice de aprovação/reprovação da população pesquisada, não apresentam, de modo geral, discrepância dos dados estatísticos levantados no Estado. O índice de reprovação nos colégios pesquisados, tomados conjuntamente, é de 24,1%, superior aos 14,43 % e 14 %, encontrados pela Secretaria de Educação na rede escolar do Estado e cidade de Porto Alegre, respectivamente. No entanto, quando considerados separadamente, o índice de reprovação do Colégio 1, de 17,4% se aproxima bastante do índice oficial. A discrepância ocorre em relação ao Colégio 2, que apresenta um índice de reprovação de 33,1 %. Esta diferença mereceria ser melhor investigada em estudos posteriores.

Em relação à hipótese de trabalho inicial, de que poderia existir uma correlação significativa entre RE e sexo, como sugerem Conceição (apud Sipavicius, 1987), Novaes (1975) e Piletti (1993) tal relação veio a ser confirmada. O Rendimento Escolar das mulheres, tomado globalmente, mostrou-se significativamente mais alto do que o dos homens.

Não foi possível estabelecer em que área do conhecimento ocorreria essa diferença, uma vez que ao examinar o desempenho dos sexos em cada disciplina, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas. Da mesma forma, as disciplinas em que as mulheres obtiveram melhor desempenho foram exatamente aquelas em que os homens saíram-se melhores. Os resultados parecem indicar que as diferenças encontradas no RE entre os sexos são mais de ordem quantitativa do que qualitativa. Neste último aspecto, o único discriminador foi encontrado entre os fatores Desempenho Cognitivo e Desempenho Físico.

com as mulheres apresentando rendimento superior no primeiro, mantendo-se a igualdade entre os sexos no segundo.

Diante de tais resultados e em relação à primeira hipótese pode-se concluir que existem evidências da relação entre sexo e RE, pelo que se considera a primeira hipótese comprovada.

No que diz respeito à ocorrência de Padrão Alimentar Anormal entre estudantes de nível médio, os resultados apurados neste estudo a partir de uma população não-clínica são, de modo geral, muito aproximados aos de estudos realizados por pesquisadores em diversos países.

O índice de positividade encontrado no EAT-26 em nossa amostra, de 14,4%, está em conformidade com os encontrados por Ratté, Pomerleau & Lapointe (1989) e Nunes et al. (1994b), embora sejam bastante superiores aos encontrados por Mann, Wakeling, Wood, Monck, Dobbs & Szmukler (1983), Wells, Coope, Gabb & Pears (1985) e Choudry & Mumford (1992).

O sexo revelou-se um fator discriminativo para o Padrão Alimentar Anormal nos resultados apurados. O índice de positividade das mulheres no EAT-26, encontrado por nós, é quase cinco vezes superior ao dos homens, indicando maior suscetibilidade das mulheres para desenvolver Padrão Alimentar Anormal. Yates (1992) considera que as mulheres correm dez vezes mais risco de desenvolver problemas alimentares do que os homens. Os índices de atitudes alimentares anormais encontrados por Pastore, Fisher & Friedman (1996) entre mulheres foram duas vezes e meia superiores aos dos homens. Maior suscetibilidade feminina é apontada também por Buddeberg-Fischer et al. (1996) que encontraram,

aplicando o F/A-T-26, alto risco de desenvolver TAs em 8,35 % das meninas e apenas em 1,5% dos meninos.

Os resultados relativos aos escores percentuais médios obtidos por homens e mulheres em nossa pesquisa – 7,87 e 14,24, respectivamente – aproximam-se daqueles encontrados por Rosen, Silberg & Gross (1988) – 5,2 e 11,9 – e Nunes et al. (1994b) – 9,13 e 11,7 –, embora sejam superiores aqueles apontados por Buddeberg-Fischer et al. (1996) – 3,4 e 6,9. O escore médio das mulheres encontrado em nossa pesquisa, significativamente superior ao dos homens, está em conformidade com os resultados encontrados pelos autores referidos e confirma a diferença no comportamento alimentar existente entre os sexos.

Face a tais resultados e em relação à segunda hipótese enunciada pode-se concluir que existem diferenças significativas na ocorrência de Padrão Alimentar Anormal entre estudantes do sexo masculino e feminino. Considera-se, portanto, essa segunda hipótese confirmada.

Em relação à idade encontraram-se diferenças significativas quanto ao RE. Os resultados mostraram, inicialmente, que as aprovações aumentam, à medida que aumenta o nível de escolaridade. Em função desse resultado, como a idade dos alunos está positivamente correlacionada à série, aspecto confirmado em nossa pesquisa, era de se esperar que à medida que a idade aumentasse, o índice de aprovações também aumentasse. No entanto, não foi o que ocorreu. Constatou-se que o percentual de aprovação dos alunos diminuiu, à medida que avança a idade. Examinando essa correlação para os fatores Desempenho Cognitivo e Desempenho Físico, em relação ao primeiro, esta se mantém, ou seja, o Coeficiente de Correlação de Pearson indicou uma tendência a quanto maior a idade, pior o Desempenho Cognitivo. Um teste ANOVA, utilizando os valores não-dicotomizados

do RE confirmou que o Desempenho Cognitivo diminui com a idade. Um teste de complementação de Duncan revelou que os alunos de 14 a 15 anos apresentam Desempenho Cognitivo superior aos demais alunos.

O número de alunos que cursaram a terceira série (192), significativamente menor do que a primeira (303) e segunda séries (311), indica que há uma seleção dos alunos que chegam ao final do curso, ou pela evasão - permanecendo os mais preparados - ou pela repetência, que os reteria nas séries menos adiantadas. A esta seleção se poderia atribuir a aparente contradição encontrada nos resultados, quando examinado o RE de acordo com a série, e o RE de acordo com a idade.

Note-se que, no Brasil, a terceira série do 2º Grau é a última cursada antes do ingresso no ensino universitário, que ocorre mediante um processo altamente competitivo, o exame Vestibular. É prática adotada pelos estudantes de classe média - quase uma exigência da cultura adolescente - preparar-se para este exame freqüentando paralelamente à 3ª série um curso preparatório ao vestibular. Pode-se pensar que a seleção a que anteriormente nos referíamos, aliada à motivação pela perspectiva de ingresso na Universidade e ao reforço educacional advindo dos Cursos Pré-Vestibulares poderia explicar a reversão, na última série, da tendência ao aumento do índice de reprovação em função da idade.

No que se refere ao terceiro aspecto deste trabalho, a verificação da hipótese de que alunos com Padrão Alimentar Anormal apresentam Rendimento Escolar significativamente mais elevado do que os estudantes em geral, relativamente às escolas estudadas, e face ao que se pôde apurar, não veio a ser confirmado.

De fato com um índice de Padrão Alimentar Anormal, medido pelo EAT-26, elevado em relação ao encontrado em outros estudos, não se verificaram valores de RE altos, seja em termos de índice de aprovação, seja em relação aos valores das médias, comparativamente aos alunos sem Padrão Alimentar Anormal. Pelo contrário, estes dois grupos apresentaram diferenças que, embora não sendo estatisticamente significativas, apontam no sentido inverso, com índice de aprovação geral mais baixo entre aqueles que apresentam PAA. Esta tendência se mantém quando comparados os índices de aprovação em cada disciplina isoladamente. A única diferença estatisticamente significativa em favor de nossa hipótese ocorreu em Sociologia, mas devido ao reduzido número de sujeitos reprovados (8) nessa disciplina, julgamos que o resultado não deva ser considerado.

Ainda em relação à comparação entre os dois grupos, torna-se interessante uma análise mais detalhada, não mais em termos de percentagem de aprovações encontradas, mas de valores médios das notas obtidas pelos sujeitos com PAA (EAT-26 positivo) e sem PAA (EAT-26 negativo) nestas disciplinas, bem como em relação aos fatores Desempenho Cognitivo e Físico.

Examinando os valores médios obtidos pelos sujeitos de nossa amostra em cada disciplina isoladamente, percebe-se que as médias dos estudantes sem PAA - tanto os femininos quanto os masculinos - são mais altas ou iguais às dos estudantes com PAA em praticamente todas as disciplinas. As únicas exceções ficam por conta de História e Espanhol, disciplinas nas quais as mulheres com PAA obtiveram média ligeiramente superior a das sem PAA, e Religião e Sociologia, em que as médias dos homens com PAA é maior do que as dos sem Padrão Alimentar Anormal.

Quando aos fatores Desempenho Cognitivo e Desempenho Físico o teste ANOVA mostrou não existir diferenças significativas entre os sujeitos EAT-26 positivo e negativo no Rendimento Escolar (dicotômico), confirmando os resultados até aqui obtidos.

Para uma maior precisão na análise da influência positiva do PAA no RE, é interessante deter-nos no exame do IMC, fator apontado por Buddeberg-Fischer et al. (1996), Ratté, Pomerleau & Lapointe (1989) e Nunes et al. (1994b) como capaz de conferir maior confiabilidade, quando associado ao EAT-26, na determinação do PAA.

Os resultados mostram que, enquanto a grande maioria dos homens (67,7%) situa-se na categoria Normal, apenas metade das mulheres (49,9%) estão nesta categoria. Já na categoria Magro, estão situadas 46,6% das mulheres e apenas 25,5% dos homens.

Em relação à idade, observa-se que o percentual de magros é maior na faixa de 14-15 anos, e vai diminuindo à medida que a idade avança. Examinando a relação entre o RE e o peso corporal, constata-se que o índice de aprovação é mais alto nas categorias Magro e Obesidade, com diferença estatisticamente significativa. Ao examinar a relação do Desempenho Cognitivo e Desempenho Físico com o IMC observa-se que existe diferença significativa no Desempenho Cognitivo entre as categorias Magro-Normal. Os magros tiveram um desempenho significativamente superior aos normais.

Anteriormente tínhamos visto que os mais jovens têm RE melhor, os dados nos mostram, agora, que os mais jovens tendem a ser mais magros e que os mais magros tendem a apresentar melhor RE, talvez pelo fator idade é que os mais magros tendem a ir melhor na escola. Flaherty & Andrianopoulos (1995) identificam, na Anorexia Nervosa, a idade de 14

anos e meio como um dos picos de incidência dos transtornos. Nossos resultados não demonstraram influência estatisticamente significativas da idade na pontuação do EAT-26, no entanto, observa-se uma leve tendência a diminuir o índice de positividade à medida que a idade aumenta. A conjugação destes fatores poderia levar-nos a pensar que o PAA exerceria, realmente, influência positiva no RE, na medida em que o RE mais alto entre jovens dever-se-ia à associação com a magreza, expressão física de hábitos alimentares inadequados.

Devemos, no entanto, ter muito cuidado nessa conclusão: as mulheres mostraram ter um rendimento escolar bem superior ao dos homens, e elas, por sua vez, são mais magras do que os homens. As possíveis diferenças positivas no RE dos estudantes magros, em relação aos demais estudantes de nossa amostra, pode ser reflexo do sexo e não do peso corporal.

Face a tais resultados, pode-se concluir que a relação entre Padrão Alimentar Anormal e melhor Rendimento Escolar, na população estudada e a partir dos dados por nós levantados, não se mostra, de forma alguma, evidente. Pelo que se considera essa terceira hipótese não confirmada.

No que diz respeito à hipótese final deste trabalho, de que os alunos com Padrão Alimentar Anormal apresentam valores no RE significativamente mais baixos do que alunos com Padrão Alimentar Normal, esta encontra-se, a partir dos dados obtidos, não confirmada. Embora os resultados encontrados apontem para uma tendência no sentido dos alunos com PAA apresentarem índice de reprovação mais alto em 69% das disciplinas, quando comparados com o grupo de alunos sem PAA, as diferenças não tem significância estatística.

O Rendimento Escolar quando examinado em sua forma não-dicotomizada, pelos valores médios obtidos em cada disciplina, aponta para um pior desempenho dos alunos com Padrão Alimentar Anormal quando comparados aos alunos sem Padrão Alimentar Anormal. As notas médias das mulheres EAT-26 positivo foram mais baixas em 70% das disciplinas examinadas. Em duas disciplinas, Geografia e Língua Estrangeira, as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas. O Rendimento Escolar dos homens EAT-26 positivo, quando comparado com os homens EAT-26 negativo, é ainda pior do que o das mulheres. Em 82% das disciplinas consideradas, os homens com PAA obtiveram notas médias menores do que a dos homens sem PAA. Também em duas disciplinas – Geografia e Educação Física – as diferenças foram estatisticamente significativas.

A análise dos fatores Desempenho Cognitivo e Desempenho Físico não mostrou, igualmente, diferenças significativas em termos de RE entre os dois grupos considerados. No entanto, a análise em separado dos estudantes masculinos e femininos, utilizando a variável EAT-26 de forma não-dicotomizada, mostrou uma correlação negativa com o Fator Desempenho Cognitivo, indicando que quanto maior o escore no EAT-26, pior será o Rendimento Escolar nesse fator. A mesma correlação não foi encontrada para o fator Desempenho Físico.

Deve-se observar, no entanto, que essas correlações foram muito baixas, reforçando a idéia de que há uma leve tendência nesse sentido, mas sem permitir uma conclusão categórica.

A correlação entre o Índice de Massa Corporal, o EAT-26 e o Rendimento Escolar com os fatores Desempenho Cognitivo e Desempenho Físico mostrou-se igualmente baixa,

embora algumas tenham sido estatisticamente significativas. A magnitude da correlação, nestes casos, mostrou-se, no entanto, muito baixa, não permitindo uma afirmação conclusiva sobre a influência negativa do Padrão Alimentar Anormal no Rendimento Escolar.

Do que foi exposto, deve-se concluir que a relação entre baixo Rendimento Escolar e Padrão Alimentar Anormal não se mostra evidente, a partir dos dados levantados, pelo que se considera essa hipótese não confirmada.

CONCLUSÕES

Este trabalho evidencia que 14,4 % dos alunos de nossa amostra, de 806 sujeitos, apresentam Padrão Alimentar Anormal. Este dado está em concordância com o de outras investigações (Ratté, Pomerleau & Lapointe, 1989 e Nunes et al. 1994b) que indicam alta prevalência de comportamento alimentar anormal entre estudantes de nível médio.

Os dados mostram, também, que a prevalência de Padrão Alimentar Anormal é substancialmente mais alta em estudantes do sexo feminino, do que nos de sexo masculino, confirmando os achados de outras investigações (Pastore, Fisher & Friedman 1996; Fassina, Fernandes, Bernardi, Fassina, Oliveira, Feijó & Sukster, 1996; Rosen, Silberg & Gross 1988; Buddeberg-Fischer, Bernet, Sieber, Schmid & Buddeberg, 1996; Nunes et al., 1994b).

Por outro lado não se verificou, em termos de Rendimento Escolar, o alto desempenho dos alunos - especialmente das mulheres - com Padrão Alimentar Anormal, tal como é divulgado e aceito por aqueles que lidam com pessoas acometidas de Transtornos Alimentares (Carmo, 1994; Porot, Coudert & Plénat, 1985; Lawrence, 1991; Morgan & Russell, 1975; Nunes & Abuchaim, 1995; Garner & Garfinkel, 1980a). A idéia, nascida na clínica, de que as jovens mulheres com problemas alimentares graves são ótimas filhas - caseiras, obedientes e comportadas - excelentes alunas - disciplinadas e inteligentes, alcançando alto desempenho escolar - criou, difundiu e mantém a crença no Mito das Meninas de Ouro.

Todo o mito, porém, traz em si a possibilidade de sua própria destruição. Sendo relato transmitido por tradição, que se origina num tempo e espaço delimitados, mas se naturaliza,

ganhando existência independente de suas origens históricas, o mito pode não se sustentar quando, em outro tempo e outro espaço, é submetido à verificação.

O instrumental fornecido pela Psicologia Educacional, relativo ao Rendimento Escolar, no caso do nosso trabalho as medidas objetivas desse rendimento, expressas pelo Boletim Escolar quantificado, quando aplicado sobre uma população não-clínica de pessoas que apresentam condutas alimentares inadequadas, aponta para a inexistência de uma relação positiva entre o Padrão Alimentar Anormal e o Rendimento Escolar.

Por outro lado, mostrou-se significativa a correlação entre sexo e rendimento, com as mulheres apresentando mais alto desempenho do que os homens, o que nos leva a pensar que as meninas são de ouro por serem meninas e não por sua condição valetudinária.

As evidências encontradas de que os estudantes de menos idade a) são mais magros, b) obtiveram um índice de positividade no EAT-26 levemente superior aos de idade mais avançada e c) apresentam um maior índice de aprovação, poderiam indicar a possibilidade de haver alguma relação entre Padrão Alimentar Anormal e maior índice de Rendimento Escolar, na medida em que baixo peso e Padrão Alimentar Anormal – medido pelo EAT-26 - estão correlacionados, quando considerados os sexos separadamente, sendo esta correlação de magnitude significativa no sexo feminino. No entanto, os demais resultados por nós obtidos não forneceram evidências que pudessem reforçar esses indícios.

Com efeito, nossos resultados apontam, mesmo, em sentido contrário. Embora não tenha sido possível confirmar a hipótese de que o Padrão Alimentar Anormal interfere no

Rendimento Escolar de forma negativa, resultando em baixas notas e maior índice de reprovação, como era nossa intenção, os dados encontrados indicam uma clara tendência nesse sentido, estando em conformidade com os achados de Marcelli & Braconnier (1989); Herscovici (1997b); Echeburúa (1996) e Garcia (1994) que enfatizam a importância dos aspectos emocionais para o processo de aprendizagem e os prejuízos que podem advir em função de alterações nesses aspectos, e com os achados de Duker & Slade (1995), que ressaltam os prejuízos no desenvolvimento cognitivo provocados por déficits nutricionais. Ambos os aspectos – os déficits afetivos e os nutricionais – estão presentes em graus diversos tanto na etiologia quanto no desenvolvimento e manutenção de um Padrão Alimentar Anormal

Os dados não nos permitem afirmar de forma conclusiva a existência de uma relação entre Padrão Alimentar Anormal e baixo Rendimento Escolar, o que não esgota, de forma alguma, a questão da influência do Padrão Alimentar Anormal no Rendimento Escolar.

A complexidade do processo de avaliação do Rendimento Escolar requer uma abordagem bastante ampla. Este trabalho investigou um dos fatores – Padrão Alimentar Anormal – que pode interferir no rendimento, a partir de uma de suas determinações: a pontuação obtida no Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). Não foi feita uma correlação com outros fatores implicados tanto no Padrão Alimentar Anormal quanto no Rendimento Escolar, como a auto-estima, suporte familiar adequado e motivação, entre outros.

As tendências que se revelaram, e foram por nós assinaladas, pela importância do que estão a sugerir merecem ser aprofundadas em novos e, certamente, profícuos estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1991). Manual de Psicopatologia Infantil. (2ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (obra publicada em 1986)
- Alcantara, P., & Marcondes, E. (1994). Anorexia. In E. Marcondes (Ed.). Pediatria básica. (8ª ed., reimp., pp. 159-166). São Paulo : Sarvier.
- Alperovich, B. J. (1988). Génesis y perrpetuación de la obesidad o “! comé y quedáte quieto!” Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 45, 1027-1036.
- Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV (1995). Porto Alegre : Artes Médicas. (obra publicada em 1994)
- Bailey, S., & Goldberg, J. P. (1989). Eating patterns and weight concerns of college women. Journal of the American Dietetic Association, 1, 95-96.
- Bandim, J. M., Roazzi, A., & Doménech, E. (1998). Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 47, 353-360.
- Banks, C. G. (1992). ‘Culture’ in culture-bound syndromes: the case of anorexia nervosa. Social Science & Medicine, an international journal, 34, 867-884.
- Barros, C. A. S. M. de (1996a). de Espelho meu, espelho meu, existe alguém mais magra do que eu ? Revista Aletheia, Curso de Psicologia ULBRA, Canoas, 4, 34-42.
- Barros, C. A. S. M. de (1996b). Psicopatologia da obesidade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 18, (2), 282-284.
- Barros, C. A. S. M. de (1997). Compulsão alimentar na obesidade. Revista Aletheia, Curso de Psicologia ULBRA, Canoas, 5, 65-70.
- Beumont, P. , Al-Alami, M., & Touyz, S. (1988). Relevance of a standard measurement of undernutrition to the diagnosis of anorexia nervosa: use of Quetelet’s body mass index (BMI). International Journal of Eating Disorders, 7, 399-405.

- Bouça, D. (1997). Madrugada de lágrimas: Depressão na adolescência. (2ªed.). Lisboa: Edinter.
- Braguinsky, J., & Mazza, C. (1987). Definición y diagnóstico. In J. Braguinsky (Eds.), Obesidad: patogenia, clínica y tratamiento. (pp.2-17). Buenos Aires: Promedicina.
- Brinch, M., Sager, T., & Tolstrup, K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood : reproduction patterns and mothering behavior of 50 women. Acta Psychiatrica Scandinavica, 77, 611-617.
- Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (1991). The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. Behavior Modification, 22, 153-177.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). The golden cage: The enigma of anorexia nervosa. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. American Journal of Psychiatric, 139, 1531-1538.
- Bruch, H. (1986). Four decades of eating disorders. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia. (pp.7-18). New York: Basic Books.
- Buddeberg-Fischer, B., Bernet, R., Sieber, M., Schmid, J., & Buddeberg, C. (1996). Epidemiology of eating behavior and weight distribution in 14- to 19-year-old Swiss students. Acta Psychiatrica Scandinavica, Munksgaard, 93, 296-304.
- Burns, R. B. (1990). El autoconcepto: Teoría, medición, desarrollo y comportamiento. Bilbao : Ega (publicado originalmente em 1988).
- Burton, B. , Foster, W. R., Hirsch, J., & Van Itallie, T. B. (1985). Health implications of obesity: an NIH consensus development conference. International Journal of Obesity, 9, 155-170.

Button, E., Reveley, C., & Palmer, R. (1998). Na ethnic comparison of eating attitudes and associated psychological problems in young british women. International Journal of Eating Disorders, 23, 317-323.

Campos, D. M. S. (1993). Psicologia da aprendizagem (23 ed.). Petrópolis: Vozes.

Carmo, I ; Teles, A. G.; Sampaio, D. ; Reis, D., & Flores, T. (1994). A vida por um fio. A anorexia nervosa. Lisboa: Relógio D'Água.

Carmo, I. (1997). Magros, gordinhos e assim-assim: Perturbações alimentares dos jovens. Lisboa: Edinter.

Carter, P. L., & Moss, R. A. (1985). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. Addictive Behaviors, 9, 417-419.

Cervera, P., Clapes, J., & Rigolfas, R. (1993). Alimentación y dietoterapia: Nutricion aplicada en la salud y la enfermedad, (2ª ed.). Madrid: Interamericana.

Choudry, I. Y., & Mumford, D. B. (1992). A pilot study of eating disorders in Mirpur (Pakistan) using na Urdu version of the Eating Attitudes Test. International Journal of Eating Disorders, 3, 243-251.

Chun, F. Z., Mitchell, J. E. , Li, K. , Yu, W. M. , Lan, Y. , Jun, Z., Rong, Z. Y. , Huan, Z. Z. , Filice, G. A., Pomeroy, C., & Pyle, R. L. (1992). The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among freshman medical college students in China. Journal International of Eating Disorders, 12, 209-214.

Cooper, P. J. M. , Cooper, Z., & Fairbun, C. G. (1987). The development and valitation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders, New York, 6, 485-494.

Cordás, T. A. (1993). Quando o medo de ficar gordo vira doença: Anorexia e Bulimia. In T. A. Córdas (Ed.), Quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia, obesidade. (pp. 17-27). São Paulo: Maltese.

Cordás, T. A., & Assunção, S. S. M. (1998). Homens e transtornos alimentares. Boletim de Transtornos Afetivos e Alimentares, São Paulo, 4, 5.

Cormillot, A. (1988). El arte de adelgazar. Buenos Aires: Javier Vergara.

Cormillot, A., Zukerfeld, R., Olkies, A., Murua, C. W., & Ravenna, M. (1977). Obesidad. Buenos Aires : Médica Panamericana.

Coutinho, W. (1998). Obesidade: Conceitos e classificação. In: M. A. Nunes, J. C. Appolinário, A. L. G. Abuchaim, & W. Coutinho (Eds.), Transtornos alimentares e obesidade. (pp.197-202). Porto Alegre : Artes Médicas.

Czajka-Narins, D. M. (1995). Avaliação do estado nutricional. In L. K. Mahan, & M. T. Arlin (Eds.), Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia (8º ed., pp. 309-330). São Paulo: Roca (original work published 1992)

Dare, C., & Crowther, C. (1995). Psychodynamic models of eating disorders. In G. Szmukler, & C. Dare (Eds.), Handbook of Eating Disorders (pp125-139). New York: John Wiley & Sons.

Devaud, C. , Michaud , P. A. , & Narring, F. (1995). Anorexia and bulimia : increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders. Revue Epidemiologie Sante Publique, 43, 347-360.

Devaud, C., Jeannin, A., Narring, F., Ferron, C., & Michaud, P-A. (1998). Eating disorders among female adolescents in switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral disorders. International Journal of Eating Disorders, 24, 207-216.

Drewnowski, A. , & Hopkins, S. A. (1988). The prevalence of bulimia nervosa in the us college students population. American Journal Public Health, 78 , 1322-1325.

Drewnowski, A., Kurth, C. L., & Krahn, D. D. (1994). Body weight and dieting in adolescence: impact of socioeconomic status. International Journal of Eating Disorders, 16, 61-65.

Duker, M., & Slade, R. (1995). Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado (tradução espanhola). México: Limusa.

Echeburúa, E. (1996). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.

Emmons, L. (1992). Dieting and purging behavior in black and white high School students. Journal of the American Dietetic Association 3, 306- 312.

Falceto, O. G., Rosa, J. C. S., Tetelbom, M., Sukster, E., Benetti, S. P. C., Cohen, S. C. P., & Wainstein, M. (1993). Anorexia Nervosa: Querem que eu viva?. Revista Associação Brasileira de Psiquiatria – Asociación Psiquiátrica de la América Latina, São Paulo, 15, 11-16.

Fassina, K., Fernandes, J. S., Bernardi, F. R., Fassina, A., Oliveira, E. A., Feijó, R., & Sukster, E. (1996). Adolescentes x peso: o que eles fazem para emagrecer ? In Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ed.) VIII Salão de Iniciação Científica, (p. 214) Porto Alegre : UFRGS.

Ferreira, A. J. S. (1997). A desvantagem sociocultural e a adaptação escolar: estudo da relação entre o preconceito e o rendimento escolar de minorias étnicas. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Flaherty, J., & Andrianopoulos, D. (1995). Transtornos Alimentares. In: J. Flaherty, J. Davis, & P. Janicack (Eds.), Psiquiatria : Diagnóstico e tratamento, (pp. 219-236). Porto Alegre : Artes Médicas. (obra original publicada em 1993).

French, S. A., Perry, C. L., Leon, G. R., & Fulkerson, J. A. (1995). Changes in psychological variables and health behaviors by dieting status over a three-year period in a cohort of adolescent females. Journal of Adolescent Health, 16, 438-447.

Freud, S. (1969). Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 243-377). Rio de Janeiro: Imago (original work published 1950)

Gabbard, G. O. (1998). Psiquiatria Psicodinâmica (2ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original work published 1994)

Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Haplan, A. S., & Woodside, B. (1995). Bulimia Nervosa in a canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. American Journal Psychiatry, 152, 1052-1058.

Garcia, C. S. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad- Empresa.

- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, London, 9, 273-279.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine, London, 10, 649-656.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Boher, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, London, 12, 871-878.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive behavioural approach to anorexia nervosa. Cognitive Therapy Research, 6, 1-27.
- Garrow, J. S. (1981). Treat obesity seriously: A clinical manual. Londres: Churchill-Livingstone.
- Gil, A. C. (1995). Métodos e técnicas de pesquisa social. (4 ed.). São Paulo: Atlas.
- Goldbloom, D. S., & Garfinkel, P. E. (1992). Transtornos alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. In: B. D. Garfinkel, G. A. Carlson, & E. B. Weller (Eds.), Transtornos Psiquiátricos na infância e adolescência (pp. 100 – 111). Porto Alegre: Artes Médicas (obra original publicada em 1990)
- Gonçalves, M. J., & Rodrigues, E. (1998). As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação. Análise Psicológica, Lisboa, 16, (1), 127-138.
- Gøtestam, K. G., Eriksen, L., Heggstad, T., & Nilsen, S. (1998). Prevalence of eating disorders in Norwegian General Hospitals 1990-1994: admissions per year and seasonality. International Journal of Eating Disorders, 23, 57-64.
- Grandall, C. S. (1988). Social contagion of binge eating. Journal Personality Social Psychology, 55, 588-598.
- Grange, D., Tibbs, J., & Noakes, T. D. (1994). Implications of a Diagnosis of Anorexia Nervosa in a Ballet School. International Journal of Eating Disorders, 5, 369-376.
- Gremillion, H. (1992). Psychiatry as social ordering: anorexia nervosa, a paradigm. Social Science & Medicine an international journal, 35, 57-71.

- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate Data Analysis : with readings. (4 ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hardy, P., & Dantcheve, N. (1989). Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires. In R. Girard. Confrontations Psychiatriques. Éditions Médicales Troubles des Conduites Alimentaires. (pp. 133-163). Paris: Specia.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: an australian community-based survey. Journal International of Eating Disorders, 23, 371-382.
- Hebebrand J., Hesecker, H. , Himmelmann, G.W., Schäfer, H., & Remschmidt, H. (1996). Use of percentiles for the body mass index in anorexia nervosa: diagnostic, epidemiological and therapeutic considerations. International Journal of Eating disorders, 19 (4), 359-369.
- Hendren, R. L. , Barber, J. K., & Sigafos, A . (1986). Eating-disordered symptoms in a nonclinical population: a study of female adolescents in two private schools. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25, p.836-840.
- Herscovici, C. R. (1997a). A escravidão das dietas: Um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares. Porto Alegre : Artes Médicas. (obra original publicada em 1996)
- Herscovici, C. R. (1997b). Caracterização dos transtornos alimentares em crianças e púberes. In N. Fichtner (Ed.), Transtornos mentais da infância e da adolescência. Um enfoque desenvolvimental . (pp.166-176), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herscovici, C. R., & Bay, L. (1997). Anorexia Nervosa e bulimia: Ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas. (obra original publicada em 1995)
- Hoek, H. W. , van Harten, P. N. , van Koeken, D., & Susser, E. (1998) . Lack of relation between culture and Anorexia Nervosa: Results of an incidence study on Curaçao. The New England Journal of Medicine, 338, 1231-1232..
- Horesh, N. , Apter, A ., Ishai, J. , Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D. , Lepkifker, E., & Minouni, M. (1996). Abnormal Psychosocial situations and eating disorders in adolescence. Journal American Academy Child Adolescence Psychiatric, 35 , 921-927.

- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: Um desafio. In J. Mello F.^o (Ed.), Psicossomática hoje. (pp. 273 - 278). Porto Alegre : Artes Médicas.
- Kaplan, I. H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. (7^aed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (obra original publicada em 1994)
- Korb, M. (1994). Anorexia as symbolic expression of a woman's rejection of her mother's life. Western Journal of Nursing Research, 16 , 69-80.
- Larson, B. J. (1991). Relationship of family communication patterns to Eating Disorder Inventory scores in adolescent girls. Journal of the American Dietetic Association, 91, 1065-1067
- Laségue, E-C. (1873, 6 sept.). On hysterical anorexia. Medical Times and Gazette, 265-266.
- Laségue, E-C. (1873, 27 sept.). On hysterical anorexia. Medical Times and Gazette, 367-369.
- Lawrence, M. (1991). A experiência anoréxica. São Paulo: Summus. (obra publicada em 1984)
- Llewellyn-Jones, D., & Abraham, S. F. (1984). Quetelet index diagnosis of Anorexia Nervosa. British Medical Journal, 288, 1800.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (1996). Media as a context for the development of disordered eating. In L. Smolak, M. P. Levine, & R. Striegel-Moore (Eds.), The Development Psychopathology of Eating Disorders. Implications for Research, Prevention, and Treatment. (pp. 235--257), Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lopes, F., Vasconcelos, M., Figueiredo, P., & Teixeira, J. (1990). Anorexia e anoréticos. Psicologia Clínica, Coimbra, (3, 4), 53-62.
- Mahan, L. K., & Arlin, M. T. (1995). Controle de peso. In L. K. Mahan, M. T. Arlin (Eds.), Krause alimentos, nutrição e dietoterapia, (8^a ed., pp. 331-359). São Paulo: Roca (original work published 1992)
- Maldavsky, D. (no prelo). Anorexia: una visión de conjunto de los problemas teóricos y clínicos. In D. Maldavsky (Ed.), Casos Atípicos. Buenos Aires: Amorrortu.

- Mann, A. H., Wakeling, A., Wood, K., Monck, E., Dobbs, R., & Szmukler, G. (1983). Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in a unselected population of 15-years-old-schoolgirls. Psychological Medicine, *13*, 573-580.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1989). Manual de Psicopatologia do Adolescente. Porto Alegre: Artes Médicas. (obra publicada em 1984)
- Medico, M., & Quintana, I. (1996). El enigma del cuerpo. In E. Becker, C. Benedetti, & N. Foldvarg (Eds.), Trastornos de la conducta alimentaria (pp. 157-169). Buenos Aires: Atuel.
- Michael, S. (1991). Family-Genetic Studies of Eating Disorders. Journal Clinical Psychiatry, *52*: [10, suppl], 9-12.
- Minuchin, S. (1982). Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1974)
- Minuchin, S. (1985). Imágenes de violencia y curación. Buenos Aires: Paidós.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Pyle, R. L., & Eckert, E. D. (1986). The bulimia syndrome: course of the illness and associated problems. Comprehensive Psychiatry, *27*, 165-170.
- Mitchell, J. E., & Eckert, E. D. (1987). Scope and significance of eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *55*, 628-634.
- Mitchell, J. E., Specker, S. M., & Zwann, M. (1991). Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. Journal Clinical Psychiatry, *52*, (10 suppl.), 13-20.
- Mondini, L., & Monteiro, C. A. (1994). Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). Revista Saúde Pública, São Paulo, *28*, 433-439.
- Morgan, H. G., & Russell, G. F. M. (1975). Value of family back-ground and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. Psychological Medicine, *5*, 355-371.
- Mumford, D. B., Whitehouse, A. M., & Platts, M. (1991). Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. British Journal of Psychiatry, *158*, 222-228.

Must, A., Dallal, G. E., & Dietz, W. H. (1991). Reference data for obesity: 85th e 95th percentiles of body mass index (wt.ht²) and triceps skinfoldsthickness. American Journal Clinical Nutrition, 53, 839-846.

National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement (1985). Health implications of obesity. Annals of Internal Medicine, 103, 1073-1077.

North, C., Gowers, S., & Byram, V. (1995). Family functioning in adolescent anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry 167, 673-678.

Norusis, M. J. (1994a). SPSS Professional Statistics 6.1. Chicago, Illinois: SPSS Inc.

Norusis, M. J. (1994b). SPSS Tables 6.1. Chicago, Illinois: SPSS Inc.

Novaes, M. H. (1975). Psicologia escolar (3 ed.). Petrópolis: Vozes.

Nunes, M. A. A., Bagatini, L. F., Abuchaim, A. L., Kunz, A., Ramos, D., Silva, J. A., Somenzi, L., & Pinheiro, A. (1994a). Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Asociación Psiquiátrica de la America Latina, São Paulo, 16, 7-10.

Nunes, M. A. A., Bagatini, L. F., Abuchaim, A. L. G., Albanese, M. T., Kunz, A., Nunes, M. L. T., Ramos, D. C., Somenzi, L., Silva, J. A. Z., & Pinheiro, A. P. (1994b). O teste de atitudes alimentares (EAT-26) em adolescentes de Porto Alegre. Arquivos de Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise, FIMM, Porto Alegre, 1, 132-134.

Nunes, M. A. A., & Abuchaim, A. L. G. (1995). Anorexia Nervosa. Parte I: quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 44 (supl.1), S5-S9.

Nunes, M. A. A. (1996). Transtornos do comportamento alimentar. In P. B. Sukiennik (Ed.), O aluno problema. Transtornos emocionais de crianças e adolescentes. (pp. 453-464). Porto Alegre: Mercado Aberto.

- Nunes, M. A. A. (1997). Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 29 anos em Porto Alegre. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia, não publicada, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul.
- Olefsky, J. M. (1994). Obesity. In J. D. Wilson, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, J. B. Martin, A. S. Fauci, & D. L. Kasper (Eds.), Harrison's Principles of Internal Medicine (13th ed., pp. 446-452). New York : McGraw-Hill.
- Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993). Porto Alegre: Artes Médicas. (obra publicada em 1992)
- Pastore, D. R., Fisher, M., & Friedman, S. B. (1996). Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. Journal of Adolescent Health, 18, 312-319.
- Piccini, R. X. (1996). Obesidade: constituição, atividade ou educação ? Revista Associação Médica Brasileira, São Paulo, 42, 79-83.
- Piletti, N. (1993). Psicologia educacional (12ed.). São Paulo: Ática.
- Polanczyk, C. A., Neves, J. M., Costa, L. A., Leite, V. L. P., & Duncan, B. B. (1990). Obesidade: Prevalência, correlação com doenças crônicas e grau de conscientização do problema. Revista Associação Médica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 34, 87-91.
- Porot, M., Coudert, A. J., & Plénat, M. (1985). Distúrbios das condutas alimentares. 2ª parte. Documento Roche, 62, 68-74.
- Raich, R. M. (1994). Anorexia y bulimia: Transtornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Ratté, C., Pomerleau, G., & Lapointe, C. (1989). Dépistage des troubles des conduites alimentaires chez une population d'étudiantes de niveau collégial: corrélation avec deux caractéristiques psychosociales. Revue Canadienne de Psychiatrie, 34, 892-879.
- Rees, J. M. (1995). Nutrição na adolescência. In L. K. Mahan, & M. T. Arlin (Eds.), Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia, (8ª ed., pp. 245-254). São Paulo: Roca (original work published 1992)

Rhodes, B., & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. Child Psychiatric and Human Development, 22, 249-263.

Roberto, L. G. (1994). Transtornos Alimentares como segredo de família. In E. Imber-Black (Ed.), Os segredos na família e na terapia familiar. (pp.166-182). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada 1993)

Rodrigo, M. I. H., González, R. J. .D., Rodrigo, M. A. H., & Güervos, M. S. (1990). Estudio de factores psicosociales y evolutivos en la anorexia nerviosa, Actas Luso-Españolas de Neurologia Psiquiatra y Ciencias Afines, 18 , (5) , 277-285.

Rosen, J. C., Silberg, N. T., & Gross, J. (1988). Eating Attitudes Test and Eating Disorders Inventory: Norms for adolescent girls and boys. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 305-308.

Rosen, K. (1996). The principles of developmental psychopathology: illustration from the study of eating disorders. In L. Smolak, M.P. Levine, & R. Striegel-Moore (Eds.), The Development Psychopathology of Eating Disorders. Implications for Research , Prevention, and Treatment. (pp. 3-29), Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, London, 9, 429-448.

Sá, E. (1995). Más maneiras de sermos bons pais. Lisboa : Fim de Século.

Salmons, P. H , Lewis, V. J., Rogers, P., Gatherer, A. J. H., & Booth, D. A. (1988). Body shape dissatisfaction in schoolchildren. British Journal Psychiatric, London, 153 (suppl. 2), 27-31.

Saslavski, L. C. (1996). Bulimia, anorexia nerviosa... Enfermedades de la cultura ? . In E. Becker, C. Benedetti, & N. Foldvarg (Eds.), Trastornos de la conducta alimentaria (pp. 37-54). Buenos Aires: Atuel.

Schmidt, U., Tiller, J., & Morgan, H. G. (1995). The social consequences of eating disorders. In G. Szmukler, C. Dare, J. Treasure, & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbooks of eating disorders. Theory, treatment and research (pp.259-270). New York: John Wiley & Sons.

Seewald, F. (1996). "Não ouvir a música." A patologia do desejo como pano de fundo para alguns transtornos alimentares. Projecto Revista de Psicanálise, Porto Alegre, 5, 121-130.

Senos, J. (1992). Auto-estima e resultados escolares. O papel da atribuição causal e da identidade social na manutenção da auto-estima após a obtenção de baixos resultados escolares, numa amostra de alunos do 6º ano de escolaridade. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Senos, J. (1996). Atribuição causal, auto-estima e resultados escolares. Análise Psicológica, Lisboa, 14, (1), 111-121.

Senos, J. (1997). Identidade social, auto-estima e resultados escolares. Análise Psicológica, Lisboa, 15, (1), 123-137.

Shisslak, C. M., Crago, M., & Neal, M. E. (1990). Prevention of Eating Disorder among adolescents. American Journal of Health Promotion, 5, 100-106.

Sipavicius, N. A. A. (1987). O professor e o rendimento escolar de seus alunos. São Paulo: EPU

Smolak, L., & Levine, M. P. (1994). Separation-individuation difficulties and the distinction between bulimia nervosa and anorexia nervosa in college women. International Journal of Eating Disorders, New York, 14, 33-41.

Smolak, L., & Levine, M. P. (1996). Adolescent transitions and the development of eating problems. In L. Smolak, M. P. Levine, & R. Striegel-Moore (Eds.), The Development Psychopathology of Eating Disorders. Implications for Research, Prevention, and Treatment. (pp. 207-233), Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Soundy T. J., Lucas A. R., Suman, V. J., & Melton, L. J. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. Psychological Medicine, 25, 1065-1071.

Spignesi, A. (1992). Mulheres famintas. Uma psicologia da anorexia nervosa. São Paulo: Summus. (obra publicada em 1983)

Steinhausen, H-C., Winkler, C., & Meier, M. (1996). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. International Journal of Eating Disorders, 22, 147-151.

Taylor, C. B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L. S., Gray, N., McKnight, K. M., Crago, M., Kraemer, H. C., & Killen, J. D. (1998). International Journal of Eating Disorders, 24, 31-42.

Vasconcellos, A. T. M. (1997). Violência e Educação. In D. L. Levisky, Adolescência e Violência: Conseqüências da realidade brasileira. (pp.111-117). Porto Alegre: Artes Médicas.

Veiga, F. H. (1996) . Transgressão e autoconceito dos jovens na escola: Investigação diferencial . Lisboa : Fim de Século.

Wadsworth, B. J. (1993). Inteligência e Afetividade da Criança na Teoria de Piaget (2ª ed.). São Paulo: Pioneira. (obra original publicada em 1989)

Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. Annals of Internal Medicine, 103, 1062-1067.

Wells, J. E , Coope, P. A., Gabb, D. C., & Pears, R. (1985). The fator structure of the Eating Attitudes Test with adolescent schoolgirls. Psychological Medicine, 15, 141-146.

Yates, A. (1992). Biologic considerations in the etiology of eating disorders. Pediatric Annals, 21, 741-744.

Zukerfeld, R. (1996). Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. (2ed.). Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS

ANEXO A

Porto Alegre, 20 de agosto de 1997

Ilm^o Sra.
Professora
Diretora do Colégio
Porto Alegre, RS

Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros, médico psiquiatra, com clínica privada localizada na Av. Taquara, 198 sala 301, nesta cidade, aluno do Curso de Mestrado em Psicologia Educacional, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa, vem solicitar de V.S. a colaboração e autorização para realizar uma pesquisa que será utilizada para a elaboração da dissertação de mestrado, sob a orientação do Professor Doutor António José dos Santos, do ISPA.

A questão de pesquisa é se os alunos acometidos de um padrão alimentar anormal possam apresentar prejuízo no rendimento escolar ?

Para a realização da pesquisa necessito após a devida autorização da Direção proceder os seguintes passos:

1. aplicação de um questionário de investigação epidemiológica, padronizado e traduzido para o Brasil, o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) em todos os alunos do 2º grau. O EAT-26 é um questionário de 26 perguntas, autoaplicável, com duração média de 8 minutos para ser respondido, necessitando ser identificado com o nome do aluno, idade, sexo, peso, altura, série e turma (anexo o questionário);
2. acesso aos resultados finais do ano letivo em curso dos alunos que foram considerados positivos no teste;
3. oferecimento de uma intervenção necessária recomendável aos alunos com padrão alimentar anormal, sob a orientação e concordância do SOE;
4. conhecimento do Regimento do Colégio sobre o processo de avaliação do rendimento escolar do aluno.

Outrossim, esclareço que todos os custos com a realização da pesquisa serão de inteira responsabilidade do pesquisador, o princípio ético do sigilo será respeitado e mantido, e o resultado da pesquisa será de total conhecimento da Direção.

Na expectativa de uma resposta favorável, fico a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Dr. Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros

ANEXO B

Porto Alegre, 20 de agosto de 1997

Ilm^o Sra.
Professora
Diretora do
Porto Alegre, RS

Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros, médico psiquiatra, com clínica privada localizada na Av. Taquara, 198 sala 301, nesta cidade, aluno do Curso de Mestrado em Psicologia Educacional, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa, vem solicitar de V.S. a colaboração e autorização para realizar uma pesquisa que será utilizada para a elaboração da dissertação de mestrado, sob a orientação do Professor Doutor António José dos Santos, do ISPA.

A questão de pesquisa é se os alunos acometidos de um padrão alimentar anormal possam apresentar prejuízo no rendimento escolar ?

Para a realização da pesquisa necessito após a devida autorização da Direção proceder os seguintes passos:

1. aplicação de um questionário de investigação epidemiológica, padronizado e traduzido para o Brasil, o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) em todos os alunos do 2º grau. O EAT-26 é um questionário de 26 perguntas, autoaplicável, com duração média de 8 minutos para ser respondido, necessitando ser identificado com o nome do aluno, idade, sexo, peso, altura, série e turma (anexo o questionário);
2. acesso aos resultados finais do ano letivo em curso dos alunos que foram considerados positivos no teste;
3. oferecimento de uma intervenção necessária recomendável aos alunos com padrão alimentar anormal, sob a orientação e concordância do SOE;
4. conhecimento do Regimento do Colégio sobre o processo de avaliação do rendimento escolar do aluno.

Outrossim, esclareço que todos os custos com a realização da pesquisa serão de inteira responsabilidade do pesquisador; o princípio ético do sigilo será respeitado e mantido, e o resultado da pesquisa será de total conhecimento da Direção.

Na expectativa de uma resposta favorável, fico a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Dr. Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros

ANEXO D

Relação das disciplinas por série ministradas no ano letivo de 1997 nos Colégios 1 e 2

Disciplinas	Colégio 1			Colégio 2		
	1ª série	2ª série	3ª série	1ª série	2ª série	3ª série
Português	X	X	X	X	X	X
Literatura	X	X	X	X	X	X
Matemática	X	X	X	X	X	X
Des. om.	X	X				
História	X	X	X	X	X	X
Geografia	X	X	X	X	X	X
Biologia	X	X	X	X	X	X
Física	X	X	X	X	X	X
Química	X	X	X	X	X	X
Líng. Ingl.	X	X	X			
Filosofia	X	X		X	X	X
Ed. Artist.	X	X		X	X	
Ens. Relig.	X	X		X		
Ed. Física	X	X	X	X	X	X
Líng. Espan		X	X			
Líng. Estran				X	X	X
Sociologia					X	

Fonte: Serviço de Orientação Educacional dos Colégios - Porto Alegre, 1997.