



Revista Paulista de Pediatria

ISSN: 0103-0582

rpp@spsp.org.br

Sociedade de Pediatria de São Paulo  
Brasil

de Abreu Gonçalves, Juliana; Addison M. Moreira, Emilia; Trindade, Erasmo Benício S.  
de M.; Medeiros R. Fiates, Giovanna

Transtornos alimentares na infância e na adolescência

Revista Paulista de Pediatria, vol. 31, núm. 1, março-, 2013, pp. 96-103

Sociedade de Pediatria de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038977015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Transtornos alimentares na infância e na adolescência

## *Eating disorders in childhood and adolescence*

Juliana de Abreu Gonçalves<sup>1</sup>, Emilia Addison M. Moreira<sup>2</sup>, Erasmo Benício S. de M. Trindade<sup>3</sup>, Giovanna Medeiros R. Fiates<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Discutir os transtornos alimentares em crianças e adolescentes quanto às suas características e fatores de risco.

**Fontes de dados:** A pesquisa de artigos foi realizada nas bases de dados PubMed e SciELO pela combinação dos termos 'crianças', 'adolescentes', 'comportamento alimentar', 'transtorno alimentar', 'bulimia' e 'anorexia', nos idiomas português e inglês. Foram considerados os artigos publicados entre 2007 e 2011, sendo selecionados 49 que analisaram o desenvolvimento do comportamento alimentar e de seus transtornos, a anorexia e a bulimia nervosa e os transtornos alimentares não especificados.

**Síntese dos dados:** Os transtornos alimentares, em especial os não especificados, mostraram-se comuns na infância e na adolescência. Sua presença foi atribuída principalmente ao ambiente familiar e à exposição aos meios de comunicação. As comorbidades psicológicas muitas vezes acompanhavam o diagnóstico do transtorno.

**Conclusões:** Dentre os fatores de risco para os transtornos alimentares, destacaram-se a mídia e os ambientes social e familiar. A influência da mídia e do ambiente social foi associada, principalmente, ao culto à magreza. Já no âmbito familiar, o momento das refeições mostrou-se fundamental na determinação do comportamento alimentar e no desenvolvimento de seus transtornos. Os transtornos alimentares se associaram a problemas nutricionais (déficit no crescimento e ganho de peso), à saúde bucal (queilose, erosão dental, periodontites e hipertrofia das glândulas salivares) e aos prejuízos sociais.

**Palavras-chave:** comportamento alimentar; hábitos alimentares; anorexia; bulimia; criança; adolescente.

### ABSTRACT

**Objective:** To discuss eating disorders in children and adolescents regarding their characteristics and risk factors.

**Data sources:** Articles were searched in the PubMed and ScieLO databases, combining the terms 'children', 'adolescents', 'eating behavior', 'eating disorder', 'bulimia', and 'anorexia', both in Portuguese and in English. Studies published between 2007 and 2011 were retrieved and 49 articles that assessed eating behavior and disorders, nervous anorexia and bulimia, and non-specific eating disorders were selected.

**Data synthesis:** Eating disorders, especially non-specific ones, were common during childhood and adolescence. The presence of such disorders was attributed mainly to family environment and exposure to the media. Eating disorders were frequently followed by psychological comorbidities.

**Conclusions:** Among the risk factors for eating disorders, social and family environment and the media were the most important ones. The influence of the media and social environment has been related to the worship of thinness. As to family environment, mealtimes appeared to be fundamental in shaping eating behavior and the development of disorders. Eating disorders were associated with nutritional problems (growing impairment and weight gain), oral health

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

<sup>1</sup>Graduanda em Nutrição; Bolsista do Programa Especial de Treinamento (PET) em Nutrição, UFSC, Florianópolis, SC, Brasil

<sup>2</sup>Doutora em Ciência dos Alimentos pela Faculdade de Ciências Farmacêutica da Universidade de São Paulo (USP); Professora do Departamento de Nutrição e Programa de Pós-Graduação em Nutrição da UFSC, Florianópolis, SC, Brasil

<sup>3</sup>Doutor em Doenças Tropicais pela Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP/Botucatu); Professor do Departamento de Nutrição e Programa de Pós-Graduação em Nutrição da UFSC, Florianópolis, SC, Brasil

<sup>4</sup>Doutora em Ciência dos Alimentos pela UFSC; Professora do Departamento de Nutrição e Programa de Pós-Graduação em Nutrição da UFSC e Tutora do PET Nutrição, UFSC, Florianópolis, SC, Brasil

Endereço para correspondência:

Emilia Addison M. Moreira

Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, UFSC, Campus Universitário, Trindade, s/n

CEP 88040-970 – Florianópolis/SC

E-mail: addison@ccs.ufsc.br

Conflito de interesse: nada a declarar

Recebido em: 19/12/2011

Aprovado em: 14/5/2012

(cheilitis, dental erosion, periodontitis, and hypertrophy of salivary glands), and social prejudice.

**Key-words:** feeding behavior; food habits; anorexia; bulimia; child; adolescent.

## Introdução

O comportamento alimentar se define como “respostas comportamentais ou sequenciais associadas ao ato de alimentar-se, maneira ou modos de se alimentar, padrões rítmicos da alimentação”<sup>(1)</sup>. Esse tipo de comportamento é influenciado por condições sociais, demográficas e culturais, pela percepção individual e dos alimentos, por experiências prévias e pelo estado nutricional<sup>(2)</sup>.

Entre tais fatores, o impacto sociocultural no padrão alimentar e no desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) tem sido estudado mais frequentemente, avaliando-se os costumes familiares<sup>(3-6)</sup> e as informações veiculadas pelos meios de comunicação em massa<sup>(7-10)</sup>.

A influência da mídia, fortalecida pela globalização e pela sociedade, foi descrita por Anschutz *et al*<sup>(7)</sup> e Oliveira e Hutz<sup>(11)</sup>, que enfatizam a contradição entre o apelo ao estilo de vida saudável ao mesmo tempo em que se enaltece o ideal de magreza e se incentiva o consumo de alimentos calóricos.

O resultado dessas contradições é o desenvolvimento de TA, caracterizados pela preocupação exacerbada com o peso e a forma<sup>(11)</sup>. Na busca por esse estereótipo, a perda de peso é induzida por métodos inadequados, como jejum e exercício físico intenso, e o ganho de massa muscular é estimulado por exercícios físicos excessivos, alimentação inadequada e uso de anabolizantes<sup>(12)</sup>.

Os TA estão relacionados às complicações clínicas que variam de acordo com as características do transtorno, podendo ocorrer déficit de crescimento<sup>(13)</sup>, queilose, erosão dental, periodontites, hipertrofia das glândulas salivares, hipovolemia, desequilíbrio hidroeletrólítico e ganho de peso<sup>(14)</sup>.

Quando o começo do TA ocorre durante a adolescência, tais transtornos prejudicam as relações sociais e familiares, e a idealização suicida torna-se mais comum<sup>(11,15)</sup>. O início da atividade sexual antes dos 16 anos também é mais frequente em adolescentes com TA. Além disso, jovens do sexo feminino com histórico de TA apresentam mais chances de aborto ou gravidez<sup>(16)</sup>.

Desse modo, o presente estudo procurou discutir as características e os fatores de risco associados aos TA em crianças e adolescentes.

## Fontes de Dados

A busca pelos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed e SciELO, combinando-se os termos ‘crianças’, ‘adolescentes’, ‘comportamento alimentar’, ‘transtorno alimentar’, ‘bulimia’ e ‘anorexia’, nos idiomas português e inglês. Foram considerados os artigos publicados entre 2007 e 2011, sendo selecionados 49 estudos que analisaram o desenvolvimento do comportamento alimentar e de seus transtornos, a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e os TA não especificados.

## Desenvolvimento do comportamento alimentar e de seus transtornos

Compreender o comportamento alimentar requer o questionamento e a reflexão acerca da seguinte questão: “Quem come o quê, quando, onde, e por quê?”. A discussão advinda desta pergunta se fundamenta em questões de saúde e psicológicas, além daquelas que envolvem fatores socioeconômicos e *marketing*<sup>(2)</sup>.

Estudos têm mostrado a influência do ambiente familiar para determinar o comportamento de crianças e adolescentes<sup>(3-5)</sup> e, conseqüentemente, o desenvolvimento de seus transtornos, pelos quais a criança ou o adolescente tem uma preocupação exagerada com o peso e a forma do corpo<sup>(12)</sup>. Esta relação ficou evidente em um estudo multicêntrico europeu desenvolvido com 1.664 crianças e adolescentes. Esse estudo mostrou associação negativa entre a manutenção de uma alimentação saudável e o desenvolvimento posterior de TA, além de uma relação positiva entre controle excessivo, aplicação de regras alimentares rigorosas e individualização da alimentação com o surgimento dos TA<sup>(3)</sup>.

A individualização das refeições pelos membros da família com consumo de alimentos diferentes, em locais e horários distintos<sup>(5)</sup>, pode ser resultado tanto do excesso de atividades dos adolescentes<sup>(3)</sup> quanto da desordem alimentar no âmbito familiar<sup>(5)</sup>. Esses achados estão de acordo com aqueles observados em um estudo com 10.540 meninas pré-adolescentes. Neste estudo, o hábito de jantar com a família na maioria dos dias se associou negativamente ao início do uso de métodos purgativos, à compulsão alimentar e à realização de dietas<sup>(4)</sup>. Ainda quanto ao ambiente familiar, pesquisa mostrou que houve maior internalização do ideal de beleza pela criança quando a mãe estimulou o emagrecimento<sup>(7)</sup>.

Os meios de comunicação em massa exercem forte influência sobre o comportamento alimentar tanto em crianças<sup>(6)</sup> quanto em adolescentes<sup>(10)</sup>. O papel da mídia, do ideal de beleza e da

indústria da moda no desenvolvimento dos TA ainda não está claro<sup>(7,9)</sup>. Nesse contexto, um estudo com 245 pré-adolescentes do sexo feminino mostrou relação positiva entre o hábito de assistir novelas e canais musicais e a restrição alimentar e insatisfação corporal, havendo relação negativa entre o hábito de assistir desenhos animados e a restrição alimentar<sup>(7)</sup>. Também no âmbito da comunicação, uma pesquisa com 7.172 adolescentes encontrou associação entre o desejo de aparentar uma figura midiática do mesmo sexo com o início de métodos purgativos<sup>(17)</sup>.

Quanto aos adolescentes, as atitudes alimentares e os TA também estão associados à evolução do peso, ao bem-estar psicossocial promovido pelos alimentos<sup>(18)</sup>, ao forte apelo sociocultural de culto à magreza<sup>(10)</sup>, ao grupo social ao qual se pertence<sup>(19)</sup> e aos fatores socioeconômicos<sup>(10,20,21)</sup> e psicológicos familiares<sup>(7)</sup>.

De modo geral, os TA são mais frequentemente encontrados no sexo feminino<sup>(22,23)</sup>. Alguns fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos tornam-se mais presentes com o aumento no índice de massa corpórea (IMC), a exemplo da baixa autoestima, realização de dietas, déficits interceptivos, medo da maturidade e da insatisfação corporal<sup>(22)</sup>. A preocupação com o peso<sup>(22)</sup>, a realização de dietas e as provocações relacionadas ao peso<sup>(17,24)</sup>, tanto quanto o transtorno obsessivo-compulsivo<sup>(23)</sup>, também estão associados aos sintomas de TA.

Recentemente, uma pesquisa com 53 mulheres com idades entre 14 e 44 anos, diagnosticadas com diabetes melito tipo I, mostrou existir uma relação entre essa doença e o desenvolvimento de transtornos como a AN e a BN. Os autores concluíram que mulheres diagnosticadas com diabetes melito do tipo I com idades de 7 a 18 anos estavam mais propícias a desenvolverem os TA<sup>(25)</sup>.

Fatores de risco para o desenvolvimento dos TA foram estudados em 652 adolescentes do sexo feminino. Das adolescentes avaliadas, 25,2% encontravam-se em risco e 1,2% mostraram grande possibilidade de desenvolvimento de TA. A vontade de emagrecer estava prevalente em 44,5% das meninas e 50,5% delas almejavam um peso que as classificariam como abaixo do adequado segundo o IMC. Neste estudo, embora o desejo pelo emagrecimento tenha sido independente do nível socioeconômico, a prevalência de comportamentos de risco foi superior em indivíduos nos estratos mais elevados<sup>(26)</sup>.

### Anorexia e bulimia nervosas

Entre as doenças de etiologia desconhecida que se inter-relacionam estão a AN e a BN. Ambas são caracterizadas por padrões anormais de comportamento alimentar e controle do peso e por percepções alteradas sobre o próprio peso e corpo<sup>(27,28)</sup>.

Nestes TAs, a preocupação com a alimentação é comum. No estudo de Nunes e Vasconcelos, para sete adolescentes com AN e BN a comida remetia a algo negativo, como tortura, medo e obrigação. Ainda no mesmo estudo, o consumo alimentar foi marcado pela restrição de alimentos categorizados como 'besteiras', tais como chocolates e balas, e pelo aumento na ingestão de vegetais e refrigerantes<sup>(29)</sup>.

Caracteriza-se como TA do tipo anorexia o desejo pela magreza, que leva ao comportamento alimentar monótono e ritualizado<sup>(27)</sup> e à perda de peso significativa, especialmente em crianças ou adolescentes nos quais a baixa ingestão calórica se reflete em atraso no desenvolvimento<sup>(12)</sup>. Os critérios para diagnosticar a anorexia definidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – IV (DETM-IV) incluem: amenorreia, peso abaixo de 85% do mínimo esperado para a idade e altura, distúrbios no reconhecimento do próprio peso e medo intenso de ganhar peso<sup>(12,27)</sup>. A AN restritiva limita a ingestão energética e o consumo de carboidratos e lipídios<sup>(27)</sup>, enquanto no tipo purgativo ocorrem episódios frequentes de compulsão alimentar e purgação<sup>(30)</sup>. Os métodos purgativos utilizados são o uso de laxantes, diuréticos e enemas e a indução do vômito<sup>(12)</sup>.

O estado psicológico nesta condição clínica foi estudado em uma amostra representativa de adolescentes dos Estados Unidos da América. Os autores concluíram não haver relação entre a AN e as comorbidades mentais, com exceção do 'transtorno desafiador opositivo'. Uma vez que as comorbidades mentais são altamente prevalentes em adultos anoréxicos, o estudo sugeriu que a ocorrência dos TA na adolescência pode ser um fator causal de tais comorbidades da idade adulta. Ainda no mesmo estudo, os autores encontraram relação significativa entre a BN e a depressão, o transtorno bipolar e as desordens relacionadas à ansiedade, como fobias sociais e estresse pós-traumático, além de transtornos comportamentais, como hiperatividade, déficit de atenção e transtornos de conduta<sup>(15)</sup>.

A relação entre anorexia e bulimia tem sido relatada na literatura<sup>(30-32)</sup>. Estudo prospectivo com 2.881 adolescentes mostrou que o diagnóstico prévio de AN e BN esteve presente em 24% dos pacientes com BN subclínica e em 31% daqueles com BN clínica<sup>(32)</sup>. O bulímico também sente um grande medo de ganhar peso<sup>(27)</sup> e frequentemente tem uma visão distorcida do próprio corpo<sup>(27,33,34)</sup>. Esses indivíduos também tendem a restringir sua ingestão alimentar, porém, após certo tempo seguindo uma dieta restritiva, perdem o controle e têm episódios de compulsão alimentar<sup>(12,27)</sup>. Após a compulsão, o bulímico procura compensar a alta ingestão calórica<sup>(12)</sup>.

A BN pode ser classificada de acordo com o método compensatório adotado em purgativa ou não purgativa<sup>(12,27)</sup>. O subtipo não purgativo é marcado pela prática de atividade física intensa ou por jejuns<sup>(12)</sup>; já o purgativo, mais prevalente no estudo de Keski-Rahkonen *et al*<sup>(32)</sup>, caracteriza-se pela indução do vômito ou pelo abuso de laxantes e diuréticos<sup>(12)</sup>. De acordo com o DETM-IV, para que o indivíduo seja diagnosticado com BN deve apresentar episódios de compulsão e compensação duas vezes por semana por no mínimo três meses<sup>(12,27)</sup>. A BN foi encontrada com maior frequência na faixa etária de 16 a 20 anos<sup>(32)</sup>. Os autores destacaram que devido à semelhança entre o IMC de bulímicas e não bulímicas e à manutenção do peso, o indivíduo pode esconder o transtorno durante vários anos<sup>(32)</sup>.

O uso de substâncias que causam vício também é relevante em adolescentes com TA. Estudo prospectivo com 999 adolescentes concluiu que aqueles com casos ainda subclínicos de AN e BN tinham chances duas vezes maiores de chegarem à idade adulta dependendo de nicotina, com desordens relacionadas ao consumo de álcool ou usando anfetaminas<sup>(16)</sup>. Outra investigação encontrou relação positiva entre o uso de substâncias que causam vício durante a adolescência em casos clínicos de BN<sup>(15)</sup>. Ainda, outro estudo observou uma relação fraca, mas positiva, entre consumo de álcool e tabagismo com prática de dietas, compulsão alimentar e comportamentos extremos para a perda de peso<sup>(19)</sup>.

Mesmo que ambas as doenças em geral tenham início durante a adolescência, para alguns autores a anorexia pode ser encontrada a partir dos sete anos de idade<sup>(35)</sup>. Os mesmos destacam que, na infância, a AN pode prejudicar ou até interromper o desenvolvimento físico e que a incidência no sexo masculino pode ser maior antes da puberdade. Por outro lado, a BN é rara antes da adolescência<sup>(35)</sup>. A incidência da AN e da BN na infância é desconhecida devido à tendência de agrupar crianças e adolescentes<sup>(35)</sup>. Na adolescência, um estudo constatou prevalência de 0,3% para AN e de 0,9% para BN, com início, em média, com 12,3 e 12,4 anos, respectivamente. Ainda que aparentemente estas prevalências sejam baixas, deve-se destacar que tais valores podem ser subestimados devido à recusa de indivíduos com transtornos em participar de pesquisas<sup>(15)</sup>.

No Brasil, poucos são os estudos que determinam prevalências de TA em crianças e adolescentes. Em 2008, um trabalho realizado em Florianópolis com 1.219 adolescentes do sexo feminino de 10 a 19 anos mostrou uma prevalência de AN de 15,6% e de insatisfação corporal de 18,8%. Nesse

estudo, a presença de AN teve relação significativa com a insatisfação corporal, sobrepeso, obesidade, com aqueles que estudavam na rede pública de ensino e com a faixa etária de 10 a 13 anos<sup>(36)</sup>. Também na mesma cidade, estudo com 258 adolescentes do sexo feminino mostrou prevalência de insatisfação corporal de 25,3% e de sintomas de BN e AN de 27,6%<sup>(37)</sup>.

### **Transtornos alimentares não especificados**

TA não especificados (TANE) são aqueles clinicamente relevantes que não preenchem os critérios de classificação para AN ou BN<sup>(38)</sup>. Ainda que sua prevalência seja mais elevada do que a de AN ou BN<sup>(39)</sup>, o conhecimento sobre prevalências, fatores de risco, correlações clínicas e tratamento de tais transtornos é limitado<sup>(38)</sup>.

Entre os TANE têm-se AN e BN subclínicas, compulsão alimentar (clínica ou subclínica), purgação (clínica ou subclínica), entre outros, incluindo os TANE que não se enquadram nos subtipos descritos<sup>(39)</sup>.

A frequência de TANE em uma amostra de 281 adolescentes encaminhados para o tratamento de TA foi de 59,1%, o que mostra a importância clínica e epidemiológica desses transtornos. Neste estudo, 16,4% dos adolescentes foram diagnosticados com transtornos purgativos; 16,4%, AN subclínica; 11,7%, BN subclínica; e 2,1%, compulsão alimentar. Outros tipos de TANE tiveram prevalência de 11%, com casos de purgação, prática exacerbada de exercícios e jejuns de 24 horas. Na presente amostra, dos pacientes com AN subclínica 67,4% não foram diagnosticados devido à ausência de amenorreia, e o restante porque estavam com o peso entre 86 e 90% abaixo do mínimo ideal para a idade e a altura. Em relação à BN subclínica, 73,5% dos pacientes não completaram os critérios devido à menor frequência dos episódios de compulsão alimentar<sup>(39)</sup>.

A compulsão alimentar é um TANE que se caracteriza pela ingestão de uma quantidade de alimentos maior que a maioria das pessoas ingeriria em um pequeno intervalo de tempo, ao menos duas vezes por semana, por seis meses seguidos, acompanhado do sentimento de falta de autocontrole<sup>(40)</sup>. Durante esses episódios, os indivíduos sentem uma perda do controle sobre o quê ou o quanto comem e, ao final, sentem-se culpados e depressivos<sup>(40)</sup>. Diferentemente da BN, na compulsão alimentar o indivíduo não utiliza métodos para compensar a quantidade exagerada de alimentos ingeridos<sup>(41)</sup>. Embora muitas vezes não completem os critérios de diagnóstico definidos para



adultos, a compulsão alimentar é comum em crianças, em especial nas obesas<sup>(35,42)</sup>. Casos subclínicos de tal transtorno também podem ocorrer, nos quais o sentimento de falta de autocontrole está presente na ausência de um consumo exagerado<sup>(43)</sup>.

Em estudo realizado com adolescentes, a prevalência de casos clínicos de compulsão alimentar foi de 1,6% e subclínicos, 2,5%. Em ambos, a idade mediana do surgimento dos primeiros sintomas foi 12,6 anos<sup>(15)</sup>.

O estresse psicológico pode estar associado ao desenvolvimento de compulsão alimentar<sup>(24,42)</sup>. O afeto negativo e as provocações baseadas no peso foram associados a esse transtorno em um estudo com 265 irmãs gêmeas. Os autores sugeriram que 'as provocações' fossem as causas do afeto negativo e que este estresse daria início à cadeia de eventos que leva à compulsão<sup>(24)</sup>.

De acordo com o estudo realizado por Allen *et al*<sup>(42)</sup>, restrição alimentar, baixa autoestima, depressão e preocupação com o peso, o corpo e a comida são mais prevalentes em crianças com compulsão alimentar. A relação entre esses sintomas e a compulsão alimentar está diretamente relacionada à gravidade do transtorno alimentar, dado observado em estudo com 350 crianças e adolescentes com sobrepeso<sup>(44)</sup>.

Sendo a perda de controle uma das principais características dos TANE, algumas investigações abordaram exclusivamente esse aspecto<sup>(43,45)</sup>. O estudo realizado com 120 crianças, com e sem perda de controle sobre a alimentação, mostrou que aquelas com baixo controle sobre a alimentação eram mais impulsivas e apresentavam menor auto-orientação, baixo cooperativismo e maior procura por novidades<sup>(46)</sup>.

O consumo alimentar desses indivíduos também tem despertado o interesse de alguns autores. Ao comparar 59 crianças compulsivas com um grupo controle, observou-se que o consumo de lipídios e carboidratos foi maior durante os episódios de compulsão do que durante as refeições normais do grupo controle<sup>(47)</sup>. Em estudo realizado com 249 crianças e adolescentes, notou-se um aumento apenas no consumo de carboidratos, com maior consumo de lanches e sobremesas<sup>(48)</sup>.

Avaliando 259 crianças, pesquisadores também verificaram que nos TANE há uma relação entre o consumo alimentar e o humor, ou seja, foi comum utilizar a ingestão alimentar para regular o humor<sup>(42)</sup>. Entretanto, outro estudo com 46 meninas de 6 a 12 anos com sobrepeso não mostrou relação entre consumo e compulsão alimentar e

entre consumo e humor após o controle das variáveis de acordo com o IMC<sup>(49)</sup>. Para outros pesquisadores, a perda de controle não foi precedida de emoções negativas e não foram observados estados negativos de humor após o episódio compulsivo<sup>(47)</sup>.

O transtorno purgativo é um TA pouco estudado. Nele, o indivíduo utiliza métodos purgativos, como o vômito e o uso de laxativos e diuréticos, sem que a compulsão alimentar necessariamente preceda a purgação. Nos casos clínicos, os episódios ocorrem em média duas vezes por semana durante três meses. Nos casos subclínicos, o critério de frequência e duração não é atendido<sup>(39)</sup>.

Grande atenção também tem sido dada aos casos subclínicos de AN e bulimia, pois, além de serem mais prevalentes do que os transtornos específicos<sup>(15)</sup>, estudos mostram que, ainda que não preencham os critérios para o diagnóstico do transtorno específico ou não tenham um quadro persistente, esses pacientes são caracterizados pelos mesmos marcadores de gravidade do que os casos clínicos de AN e BN<sup>(15,16,28,39)</sup>.

Um sumário comparativo dos estudos analisados com seus principais achados em relação às características do transtorno e ao comportamento alimentar em crianças e adolescentes identificou uma semelhança entre idade, causa do transtorno e suas consequências (Tabela 1).

Foram encontrados poucos trabalhos nacionais sobre TA na presente pesquisa. Considerando a importância do ambiente social no desenvolvimento dos TA e as especificidades socioculturais nacionais, os fatores de risco encontrados nos trabalhos discutidos podem não se aplicar à realidade brasileira. Da mesma forma, os estudos que abordavam os TANE, sejam eles nacionais ou internacionais, foram raros, o que pode ter limitado a discussão em torno do tema.

## Conclusões

Dentre os fatores de risco para os TA, destacaram-se a mídia e os ambientes social e familiar. A influência da mídia e do ambiente social foi associada, principalmente, ao culto à magreza. Já no âmbito familiar, o momento das refeições mostrou-se fundamental na determinação do comportamento alimentar e no desenvolvimento de seus transtornos. Os TA se associaram a problemas nutricionais (déficit no crescimento e ganho de peso), à saúde bucal (queilose, erosão dental, periodontites e hipertrofia das glândulas salivares) e aos prejuízos sociais.

Tabela 1 - Principais achados dos estudos analisados

Referência	Local	Amostra	Variáveis analisadas	Principais achados
Hutchinson e Rapee <sup>(19)</sup>	Austrália	n=1.094, feminino (12,3 anos)	IMC, <i>bullying</i> , IC, autoestima e depressão	Membros dos mesmos grupos: RA, perda de peso e compulsão alimentar. Indivíduos sem grupo: >IMC, <autoestima, IC e perda de peso
Patton et al <sup>(16)</sup>	Austrália	n=1.943 (adolescentes)	Peso, altura, diagnóstico de TA, uso de SCV, depressão e ansiedade	Feminino e masculino: BN (6,4 e 1,0%), AN (3,8 e 0,4), TANE (9,4 e 1,4%), TA+: AS<16 anos, gravidez/aborto. Abuso de SCV: >TA+ e BN
Suisman et al <sup>(24)</sup>	EUA	n=265, gêmeas (1-15 anos, feminino)	IMC, compulsão alimentar, <i>bullying</i> , afeto negativo e puberdade	Associação positiva entre compulsão alimentar, <i>bullying</i> e afeto negativo
Anschutz et al <sup>(7)</sup>	Holanda	n=245, feminino	IMC, TV, ideal de magreza, RA, IC estímulo materno magro	>IMC e TV (novelas, canais musicais): ideal de beleza e >RA e insatisfação corporal. Mãe estimula emagrecer: >internalização do ideal, ou seja, beleza
Keski-Rahkonen <sup>(32)</sup>	Finlândia	n=19 pares de gêmeas	Peso (real e idealizado), altura, BN, autoIC, TA e aspectos psicológicos	BN [2,3-79%(P)]; BNSC [1,7-77%(P)]. 16-20 anos: >risco BN
Fan et al <sup>(22)</sup>	China	n=3.685, (7º-11º escolar)	Pacientes: IMC, idade, sexo. Pais: renda, emprego TA, autopercepção do peso	IMC e feminino: >escores insatisfação corporal, BN, baixa autoestima, medo da maturidade, fazem dietas (27,2%)
Haines et al <sup>(17)</sup>	EUA	n=10.540 (adolescentes)	TANE, AF, <i>fast food</i> e jejum, tempo de TV, refeições em família	RF: <compulsão, purgação e sobre peso. Feminino: purgação relaciona-se a dietas e à mídia (3,7%). Comer compulsivo relaciona-se aos pais: feminino (7,1%); masculino (2%)
Jackson e Chen <sup>(10)</sup>	China	n=98 (adolescentes)	Aparência; pressão sociocultural; BN, BNSC, idade; sexo; peso; etnia	BN relaciona-se + à classe social, aparência, medo de avaliação negativa. IMC relacionou-se com fatores socioculturais. Mais de 1/3 dos adolescentes bulímicos eram meninos
Martins et al <sup>(37)</sup>	Brasil	n=258, feminino, (adolescentes)	Insatisfação corporal, sintomas de AN e BN, IMC, adiposidade corporal	>IMC: insatisfação corporal (25,3%); sintomas de AN e BN (27,6%); baixo peso (8,6%); excesso de peso (23%); adiposidade elevada (34,6%)
Swanson et al <sup>(15)</sup>	EUA	n=10.123 (13-18 anos)	AN, BN, TANE, prejuízos sociais, potencial suicida e prejuízos emocionais	AN (0,3%), BN (0,9%), compulsão alimentar (1,6%). TA associados a prejuízo social, prejuízo nas relações familiares e à intenção suicida

IMC: índice de massa corporal; SCV: substância causa vício; IC: imagem corporal; RA: restrição alimentar; TA: transtorno alimentar; AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; TANE: transtorno alimentar não especificado; TA+: transtorno alimentar diagnosticado na adolescência; AS: atividade sexual; P: purgativo; BNSC: bulimia nervosa subclínica; RF: refeições familiares.

## Referências bibliográficas

1. BVS [homepage on the Internet]. São Paulo: Descritores em ciências da saúde [cited 2011 Sep 18]. Available from: <http://decs.bvs.br/>
2. Köster EP. Diversity in the determinants of food choice: a psychological perspective. *Food Qual Prefer* 2009;20:70-82.
3. Krug I, Treasure J, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, Collier D *et al.* Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: a multicentre European study of associated eating disorder factors. *Br J Nutr* 2009;101:909-18.
4. Haines J, Gillman MW, Rifas-Shiman S, Field AE, Austin SB. Family dinner and disordered eating behaviors in a large cohort of adolescents. *Eat Disord* 2010;18:10-24.
5. Kime N. Children's eating behaviours: the importance of the family setting. *Area* 2008;40:315-22.
6. Rossi A, Moreira EA, Rauen MS. Determinants of eating behavior: a review focusing on the family. *Rev Nutr* 2008;21:739-48.
7. Anschutz D, Engels R, Leeuwe JV, Strien J. Watching your weight? The relations between watching soaps and music television and body dissatisfaction and restrained eating in young girls. *Psychol Health* 2009;24:1035-50.
8. Pereira CS. Os wannabees e suas tribos: adolescência e distinção na internet. *Rev Estud Fem* 2007;15:357-82.
9. Kelly B, Halford JC, Boyland EJ, Chapman K, Bautista-Castaño I, Berg C *et al.* Television food advertising to children: a global perspective. *Am J Public Health* 2010;100:1730-6.
10. Jackson T, Chen H. Sociocultural experiences of bulimic and non-bulimic adolescents in a school-based chinese sample. *J Abnorm Child Psychol* 2010;38:69-76.
11. Oliveira LL, Hutz CS. Eating disorders: the role of cultural aspects in the contemporary world. *Psicol Estud* 2010;15:575-82.
12. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:31-47.
13. Eckhardt SM, Ahmed SF. Linear growth in anorexia nervosa. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51 (Suppl 3):S127-8.
14. Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Int J Eat Disord* 2011;44:95-104.
15. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange DL, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psych* 2011;68:714-23.
16. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sanci L, Sawyer S. Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192:294-9.
17. Haines J, Kleinman KP, Rifas-Shiman SL, Field AE, Austin SB. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:336-43.
18. Viana V, Santos PL, Guimarães MJ. Eating behavior and food habits in children and adolescents: a literature review. *Psic Saude Doenças* 2008;9:209-31.
19. Hutchinson DM, Rapee RM. Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behav Res Ther* 2007;45:1557-77.
20. Bau AM, Krull S, Ernert A, Babitsch B. Eating behaviour and its association with social living conditions and weight status among adolescent girls: results of the cross-sectional Berlin School Children's Cohort study. *Public Health Nutr* 2011;14:1759-67.
21. Skidmore P, Welch A, van Sluijs E, Jones A, Harvey I, Harrison F *et al.* Impact of neighbourhood food environment on food consumption in children aged 9-10 years in the UK SPEEDY (sport, physical activity and eating behavior: environmental determinants in young people) study. *Public Health Nutr* 2009;13:1022-30.
22. Fan Y, Li Y, Liu A, Hu X, Ma G, Xu G. Associations between body mass index, weight control concerns and behaviors, and eating disorder symptoms among non-clinical Chinese adolescents. *BMC Public Health* 2010;10:314.
23. Micali N, Hilton K, Natatani E, Heyman I, Turner C, Mataix-Cols D. Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychol Med* 2011;7:1-7.
24. Suismann JL, Slane JD, Burt SA, Klump KL. Negative affect as a mediator of the relationship between weight-based teasing and binge eating in adolescent girls. *Eat Behav* 2008;9:493-6.
25. Takii M, Uchigatab Y, Kishimoto J, Morita C, Hata T, Nozaki T *et al.* The relationship between the age of onset of type 1 diabetes and the subsequent development of a severe eating disorder by female patients. *Pediatr Diabetes* 2011;12:396-401.
26. Do Vale AM, Kerr LR, Bosi ML. Risk behaviors for eating disorders among female adolescents from different social strata in the Brazilian Northeastern. *Cienc Saude Colet* 2011;16:121-32.
27. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa purdue ingestive behavior research center symposium influences on eating and body weight over the Lifespan: children and adolescents. *Physiol Behav* 2008;94:121-35.
28. Dixe MA. Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Ana Psicol* 2007;25:559-69.
29. Nunes AL, Vasconcelos F de A. Eating disorders in the view of teenage girls from Florianópolis, Santa Catarina State: a phenomenological approach. *Cienc Saude Colet* 2010;15:539-50.
30. Peat C, Mitchell JE, Hoek HW, Wonderlich SA. Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42:590-4.
31. Vaz-Leal FJ, Rodríguez Santos L, García-Herráiz MA, Monge-Bautista M, López-Vinuesa B. Bulimia nervosa with history of anorexia nervosa: could the clinical subtype of anorexia have implications for clinical status and treatment response? *Int J Eat Disord* 2011;44:212-9.
32. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM *et al.* Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med* 2009;39:823-31.
33. Mohr HM, Röder C, Zimmermann J, Hummel D, Negele A, Grabhorn R. Body image distortions in bulimia nervosa: investigating body size overestimation and body size satisfaction by fMRI. *Neuroimage* 2011;56:1822-31.
34. Urgesi C, Fornasari L, De Faccio S, Perini L, Mattiussi E, Ciano R *et al.* Body schema and self-representation in patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2011;44:238-48.
35. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psych Clin N Am* 2009;18:17-30.
36. Alves E, Vasconcelos FA, Calvo MC, Neves J. Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina state, Brazil. *Cad Saude Publica* 2008;24:503-12.
37. Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Body image dissatisfaction and its relationship with nutritional status, body fat, and anorexia and bulimia symptoms in adolescents. *Rev Psiquiatr RS* 2010;32:19-23.
38. Keel PK, Striegel-Moore RH. The validity and clinical utility of purging disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:706-19.
39. Eddy KT, Celio Doyle A, Hoste RR, Herzog DB, Le Grange D. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:156-64.
40. Wolfe BE, Baker CW, Smith AT, Kelly-Weeder S. Validity and utility of the current definition of binge eating. *Int J Eat Disord* 2009;42:674-86.
41. Keel PK, Holm-Denoma JM, Crosby RD. Clinical significance and distinctiveness of purging disorder and binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2011;44:311-6.
42. Allen KL, Byrne SM, La Puma M, McLean N, Davis EA. The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. *Eat Behav* 2008;9:438-46.
43. Goldschmidt AB, Jones M, Manwaring JL, Luce KH, Osborne MI, Cunnings D *et al.* The clinical significance of loss of control over eating in overweight adolescents. *Int J Eat Disord* 2008;41:153-8.



44. Goossens L, Braet C, Bosmans G. Relations of dietary restraint and depressive symptomatology to loss of control over eating in overweight youngsters. *Eur Child Adolesc Psych* 2010;19:587-96.
45. Czaja J, Rief W, Hilbert A. Emotion regulation and binge eating in children. *Int J Eat Disorder* 2009;42:356-62.
46. Hartmann AS, Czaja J, Rief W, Hilbert A. Personality and psychopathology in children with and without loss of control over eating. *Compr Psych* 2010;51:572-8.
47. Hilbert A, Rief W, Tuschen-Caffier B, de Zwaan M, Czaja J. Loss of control eating and psychological maintenance in children: an ecological momentary assessment study. *Behav Res Ther* 2009;47:26-33.
48. Theim KR, Tanofsky-Kraff M, Salaita CG, Haynos AF, Mirch MC, Ranzenhofer LM *et al*. Children's descriptions of the foods consumed during loss of control eating episodes. *Eat Behav* 2007;8:258-65.
49. Goldschmidt AB, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. A laboratory-based study of mood and binge eating behavior in overweight children. *Eat Behav* 2011;12:37-43.