

# Prevenção dos transtornos alimentares: uma revisão metodológica

## *Prevention of eating disorders: a methodological review*

### ABSTRACT

DUNKER, K. L. L. Prevention of eating disorders: a methodological review. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 34, n. 2, p. 195-211, ago. 2009.

*Increasing incidence and prevalence of eating disorders (ED) in developed and developing countries has led researchers to study programs to prevent these diseases, because of physical consequences to the patient, high treatment costs and family psychological suffering due to ED. Several methodologies used in programs published in many countries demonstrate the need for an adequate planning of interventions so that they bring positive results in decreasing risk behavior, like body dissatisfaction and food restriction in risk population for ED. Literature analysis supports that more studies about strategies in prevention have to be prepared, especially in Brazil, where treatment of ED is still limited and accessible for few people.*

**Keywords: Eating disorders. Prevention. Adolescent.**

**KARIN LOUISE  
LENZ DUNKER<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Nutricionista do Grupo  
de estudos em Nutrição e  
Transtornos Alimentares  
(GENTA)

**Endereço para  
correspondência:**

E-mail:  
kdunker00@yahoo.com.br

## RESUMEN

*La situación del creciente aumento de la incidencia de trastornos alimentarios (TA) en países desarrollados y en vías de desarrollo ha estimulado el estudio de programas destinados a su prevención, en función de las consecuencias físicas para el paciente, los elevados costos de tratamiento y el sufrimiento psicológico que causa a la familia. Las diversas metodologías utilizadas en programas publicados en diferentes países muestran la necesidad de un delineamiento adecuado de las intervenciones para que tengan un efecto positivo en la disminución de los comportamientos de riesgo, como insatisfacción corporal y restricción alimentaria en poblaciones de riesgo para TA. El examen de la literatura refuerza la necesidad de elaboración de más estudios de estrategias de prevención, principalmente en Brasil, donde el tratamiento para TA todavía es limitado a una parcela restringida de la población.*

**Palabras clave:** Trastornos alimentarios. Prevención. Adolescente.

## RESUMO

*O aumento da incidência e prevalência dos transtornos alimentares (TA) em países desenvolvidos e em desenvolvimento tem levado pesquisadores a estudar programas voltados à prevenção destes problemas, em função das consequências físicas ao paciente, os custos elevados de tratamento e o sofrimento psicológico dos familiares decorrentes dos TA. As diversas metodologias utilizadas em programas publicados em vários países demonstram a necessidade de um delineamento adequado das intervenções para que estas tenham efeito positivo na redução dos comportamentos de risco, como insatisfação corporal e restrição alimentar em populações de risco para TA. A análise da literatura reforça que mais estudos de estratégias de prevenção devem ser elaborados, principalmente no Brasil, onde o tratamento para os TA ainda é restrito e acessível a poucos.*

**Palavras-chave:** Transtornos alimentares. Prevenção. Adolescente.

## EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A prevalência dos transtornos alimentares (TA) tem aumentado, não somente em países desenvolvidos, mas também em desenvolvimento como o Brasil. A anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) têm uma prevalência em adolescentes de 0,5 a 1,0% e 1%, respectivamente, nos Estados Unidos, sendo considerado um problema de Saúde Pública. Apesar da porcentagem destes transtornos ser considerada pequena, quando comparada a valores de prevalência de outras doenças crônico-degenerativas, como, por exemplo, a obesidade, vale lembrar que uma proporção considerável de crianças e adolescentes apresentam sinais como o hábito de fazer dieta restritiva e insatisfação corporal, considerados comportamentos de risco para desenvolver um TA (HAY, 2002).

Estes comportamentos são observados em estudos internacionais e nacionais, nos quais se encontra uma grande porcentagem de adolescentes, principalmente de meninas com sobrepeso e peso normal, que estão insatisfeitas com seu corpo, têm o hábito de fazer dietas restritivas, e utilizam a atividade física e métodos compensatórios (Ex. vômitos autoinduzidos, laxantes e/ou diuréticos) com objetivo de perder peso (ALVES et al., 2008; BORRESEN; ROSENINGE, 2003; BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006; DUNKER; PHILIPPI, 2003; KROWCHUCK et al., 1998; NEUMARK-SZTAINER et al., 1998; NUNES et al., 2001; REATO et al., 2007; VILELA et al., 2004).

É importante ressaltar que segundo Patton et al. (1999) o hábito de fazer dieta restritiva pode aumentar em 18 vezes a chance de um indivíduo desenvolver um TA, entretanto este comportamento de dieta pode ter relação com o início de um TA, se somado os fatores como: história familiar de TA, transtorno de humor, abuso de álcool e drogas, predisposição psicológica, relação patológica com a família e vulnerabilidade biológica.

O início do quadro clínico dos TA pode passar despercebido pelos pais e até mesmo pelo próprio indivíduo, que muitas vezes desconhece os sinais e sintomas. O tempo entre a identificação dos sintomas, a conscientização da existência de um problema de saúde, até a procura pelo tratamento, pode chegar a anos, o que conseqüentemente pode prejudicar a remissão do quadro do TA, que na maioria das vezes é crônico.

A dificuldade do tratamento da AN é demonstrada por Eckert et al. (1995) em um estudo de 10 anos com 76 pacientes com AN crônica realizado nos Estados Unidos, o qual verificou que somente 24% se recuperaram totalmente, 64% desenvolveram episódios de compulsão alimentar, e 41% se tornaram pacientes com BN neste período. A recaída da perda de peso ocorreu em 42% no primeiro ano, e a razão de mortalidade em 10 anos foi de 7%. Concluindo-se que mesmo um tratamento adequado, com internação hospitalar e acompanhamento terapêutico pós-alta, pode levar a resultados desencorajadores.

Em relação ao tratamento da BN, Battle e Brownell (1996) são mais otimistas em função das maiores razões de melhora e remissão. Embora o tratamento seja caro, e, portanto somente pequena parcela destes indivíduos tenha acesso ao mesmo, o impacto na população dos indivíduos que apresentam BN, pode ser baixo.

Estes dados demonstram a necessidade de estratégias mais efetivas e de maior abrangência populacional para a modificação destes comportamentos de dieta restritiva e insatisfação corporal devido a fatores como a alta prevalência de TA em jovens, suas consequências a curto e longo prazo na saúde, a resistência ao tratamento e o custo financeiro e humano.

## CONCEITUAÇÃO DA ABORDAGEM PREVENTIVA EM TA

A prevenção na área de TA transforma o conhecimento (teoria e convicções) em políticas sociais multidimensionais e práticas delineadas, e têm como objetivo evitar que crianças e adolescentes apresentem problemas no desenvolvimento da imagem corporal e na relação com os alimentos (LEVINE; SMOLAK, 2001).

O delineamento destas práticas, ou seja, de um programa de prevenção, deve ser inicialmente baseado na população em que se pretende aplicar o programa, podendo ocorrer em três níveis: primário, secundário e terciário.

Na prevenção primária, o enfoque é voltado à redução ou eliminação de fatores de risco em indivíduos saudáveis, que causam ou contribuem para a ocorrência dos TA. Ela pode ser considerada *universal* quando o enfoque atingir a população de modo geral, como por exemplo, a mudança de leis que regulam as práticas de propaganda da indústria da dieta; ou *seletiva*, onde o público alvo são as pessoas não sintomáticas, mas consideradas de risco para TA, por pertencerem a uma determinada faixa etária, por terem baixa autoestima, ou por viverem em um meio competitivo, focalizado no peso e forma corporal.

A prevenção secundária inclui elementos da prevenção seletiva e é chamada de prevenção *direcionada*. Neste caso, os esforços são voltados para prevenir o desenvolvimento futuro de um quadro clínico completo dos TA, em pessoas que já apresentam sinais iniciais de TA (ex. uso de vômitos para perda de peso corporal) ou ainda sinais que podem indicar o início da doença (ex. distorção da imagem corporal, preocupação excessiva com o peso corporal, hábito de pular refeições), ou seja, a intervenção é realizada nos estágios iniciais dos TA.

Por fim, a prevenção terciária visa reduzir os sintomas de pessoas que já apresentam quadro de TA. Possibilita melhoria da qualidade de vida e da evolução dos TA, ou a limitação de suas sequelas em pessoas em processos crônicos (LEVINE; PIRAN, 2004; LEVINE; SMOLAK, 2001).

## MODELO DA ABORDAGEM PREVENTIVA EM TA

As estratégias de prevenção primária são as mais encontradas na literatura, como pode ser visto no quadro 1, em que são apresentados vários estudos de prevenção. O modelo de prevenção ideal descrito por Rosen e Neumark-Sztainer (1998), descreve como esse tipo de prevenção pode ocorrer, partindo-se de estratégias de menor para maior abrangência populacional.

Autor/ Programa/ Local	População de estudo	Metodologia (número e formato das sessões, avaliação do programa, variáveis avaliadas, tipo de mediador)	Tipo de prevenção	Conteúdo do programa	Principais resultados
Smolak, Levine e Schermer (1998) "Eating Smart/ Eating for Me" (EUA)	222 adolescentes de escolas da área rural (9 a 11 anos). Grupo controle (n=55)	10 sessões didáticas. <u>Avaliação</u> : início e final do programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, conhecimento de nutrição, importância da atividade física, crenças sobre pessoas obesas. <u>Mediador</u> : professores treinados.	Universal	Promoção da alimentação saudável, imagem corporal positiva, riscos da restrição alimentar, aceitação de diversidade de peso e forma, atividade física saudável.	Aumentou o conhecimento quanto à nutrição, efeitos da restrição alimentar e as causas do ganho de peso. Diminuiu as atitudes de discriminação corporal. Não houve mudança na satisfação corporal, restrição alimentar e atividade física.
Neumark- Sztainer et al., (2000) "Free to be me" (EUA)	226 meninas escoteiras (idade média de 11 anos). Grupo controle (n=111)	6 sessões interativas de 90 minutos. <u>Avaliação</u> : início, final e 3 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, influência da mídia. <u>Mediador</u> : líderes das escoteiras, treinados.	Seletiva	Desenvolvimento corporal, efeito da mídia na imagem corporal e autoestima, preparação de lanches saudáveis.	Não modificou a restrição alimentar e satisfação corporal. Influenciou positivamente as atitudes relacionadas à mídia.
O'dea e Abraham (2000) "Everybody is different" (Austrália)	470 adolescentes de escolas públicas e particulares (11 a 14 anos). Grupo controle (n=195)	9 sessões interativas de 50-80 minutos. <u>Avaliação</u> : início, final e 12 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, autoestima, sintomas gerais de TA. <u>Mediador</u> : professores treinados.	Universal	Atividades voltadas ao estresse, satisfação corporal e autoestima.	Aumentou a satisfação corporal, a autoestima. Diminuiu os sintomas gerais dos TA e a restrição alimentar. As alterações permaneceram após 12 meses.
Célio et al. (2000) "Student Bodies" (EUA)	76 mulheres universitárias (18 a 36 anos). Grupo controle (n=19)	8 sessões realizadas pela internet. <u>Avaliação</u> : início, final e 4 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, sintomas gerais de TA. <u>Mediador</u> : pesquisador especialista em TA.	Direcionada	Insatisfação corporal, restrição alimentar, atividade física e nutrição.	Aumentou a satisfação corporal. Diminuiu a restrição alimentar e os sintomas gerais dos TA.
Baranowski e Hetherington (2001) (Reino Unido)	29 meninas de escolas com perfil demográfico semelhante (11 a 12 anos). Grupo controle (n=13)	5 sessões interativas de 1:30 horas. <u>Avaliação</u> : início, final e 6 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, autoestima, sintomas gerais de TA. <u>Mediador</u> : pesquisador especialista em TA.	Seletiva	Consequências da restrição alimentar, estereótipos associados com a magreza e obesidade, autoestima, TA, e regulação de energia.	Diminuiu a restrição alimentar nos dois grupos. No grupo experimental não houve melhora na satisfação corporal e sintomas gerais dos TA, mas ocorreu um pequeno aumento na autoestima.

**Quadro 1 – Metodologia dos programas de prevenção desenvolvidos a partir de 1998**

*(continua)*

Autor/ Programa/ Local	População de estudo	Metodologia (número e formato das sessões, avaliação do programa, variáveis avaliadas, tipo de mediador)	Tipo de prevenção	Conteúdo do programa	Principais resultados
Stewart et al. (2001) (Reino Unido)	474 meninas de escolas públicas e particulares (12 a 14 anos). Grupo controle (n=386)	6 sessões interativas de 45 minutos. <u>Avaliação</u> : início, final e 6 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, autoestima, sintomas gerais de TA. <u>Mediador</u> : pesquisador não especialista em TA.	Seletiva	Pressão sociocultural pela magreza, restrição alimentar, regulação do peso, natureza e sinais dos TA, estresse, autoestima.	Diminuiu a restrição alimentar. Melhorou a satisfação corporal e os sintomas gerais dos TA. Não houve mudança na autoestima.
Kater, Rohwer, Londre (2002) "Healthy Body Images: Teaching Kids to Eat, and Love Their Bodies, Too!" (EUA)	415 adolescentes de escolas públicas e particulares (9 a 13 anos). Grupo controle (n=58)	11 sessões interativas. <u>Avaliação</u> : início e final do programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, influência da mídia. <u>Mediador</u> : professores treinados.	Universal	Mudanças corporais da puberdade e o impacto da genética, mensagens da mídia sobre magreza, regulação da fome e peso, atividade física saudável.	Aumentou o conhecimento sobre as mudanças corporais e os riscos da restrição alimentar. Influenciou positivamente as atitudes relacionadas à mídia. Não houve mudança na satisfação corporal.
Steiner-Adair et al. (2002) "Full of ourselves" (EUA)	411 adolescentes de escolas públicas e particulares (11 a 14 anos). Grupo controle (n=198)	8-15 sessões interativas de 45 a 90 minutos. <u>Avaliação</u> : início, final e 6 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, autoestima, influência da mídia. <u>Mediador</u> : professores, enfermeiros, conselheiros.	Universal	Discriminação corporal, mensagens da mídia sobre magreza, mudanças corporais da puberdade, regulação da fome e peso, riscos da restrição alimentar.	Aumentou o conhecimento sobre saúde, aparência e discriminação corporal. Melhorou a autoestima corporal. Não teve efeito na autoestima, outras variáveis da imagem corporal, e na restrição alimentar.
Stice e Ragan (2002) (EUA)	88 mulheres universitárias (17 a 55 anos). Grupo controle (n=71)	30 sessões didáticas de 90 min. <u>Avaliação</u> : início e final do programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, influência da mídia, sintomas gerais de TA. <u>Mediador</u> : pesquisador especialista em TA.	Universal	Descrição e epidemiologia dos TA, satisfação corporal, influência da mídia, restrição alimentar, autoestima, fatores de risco da obesidade e tratamento dos TA e obesidade.	Aumentou a satisfação corporal, diminuiu a restrição alimentar e os sintomas gerais de TA. Influenciou positivamente as atitudes relacionadas à mídia.
Wade, Davidson e O'dea (2003) "Go Girls" "Everybody is different" (Austrália)	86 adolescentes de escolas particulares (12 a 14 anos). Grupo controle (n=18)	5 sessões interativas de 50 minutos. <u>Avaliação</u> : Início, final e 3 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, autoestima. <u>Mediador</u> : professores treinados.	Universal	"Go girls": mensagens da mídia sobre magreza. "Everybody is different": atividades voltadas ao estresse, satisfação corporal e autoestima. (O estudo tem como objetivo avaliar os efeitos dos dois programas).	Diminuiu a preocupação com o peso somente no programa "Go Girls". Não houve mudança significativa na satisfação corporal, restrição alimentar e autoestima.

(continuação)

Autor/ Programa/ Local	População de estudo	Metodologia (número e formato das sessões, avaliação do programa, variáveis avaliadas, tipo de mediador)	Tipo de prevenção	Conteúdo do programa	Principais resultados
Stice, Trost e Chase (2003) (EUA)	148 meninas de escolas e universidades (13 a 18 anos). Grupo controle (dado não disponível no estudo)	3 sessões interativas de 60 minutos. <u>Avaliação</u> : início, final e 1, 3 e 6 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, autoestima, influência da mídia, sintomas gerais de TA. <u>Mediador</u> : pesquisador especialista em TA.	Direcionada	“Dissonance”: mensagens da mídia sobre magreza, satisfação corporal. “Healthy Weight Control”: riscos da restrição alimentar, conceito de TA, alimentação saudável, atividade física. (O estudo tem como objetivo avaliar os efeitos dos dois programas)	Nos dois programas diminuiu o desejo pela magreza promovido pela mídia, os sintomas gerais de TA, e aumentou a autoestima. Não houve mudança na satisfação corporal e restrição alimentar.
McVey et al. (2004) “Every Body Is a Somebody” (Canadá)	258 meninas (10 a 12 anos). Grupo controle (n=76)	6 sessões interativas de 50 minutos. <u>Avaliação</u> : início, final, 6 meses e 12 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, autoestima, sintomas gerais de TA. <u>Mediador</u> : pesquisador especialista em TA.	Seletiva	Autoestima, satisfação corporal, restrição alimentar, influência da mídia, mudanças corporais da puberdade, situações de estresse relacionado à preocupação com o peso corporal.	Aumentou a satisfação corporal e autoestima. Diminuiu a restrição alimentar e sintomas gerais de TA. As alterações não permaneceram após 12 meses.
Stice et al. (2006) (EUA) (Reaplicação do estudo de 2003)	481 meninas de escolas e universidades (14 a 19 anos). Grupo controle (n= 126)	3 sessões interativas de 60 minutos. <u>Avaliação</u> : início, final, 6 meses e 1 ano após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, autoestima, influência da mídia, sintomas gerais de TA, risco de obesidade. <u>Mediador</u> : pesquisador especialista em TA.	Direcionada	“Dissonance”: mensagens da mídia sobre magreza, satisfação corporal. “Healthy Weight”: alimentação saudável e atividade física. (O estudo tem como objetivo avaliar os efeitos dos dois programas)	Nos dois programas, diminuiu o desejo pela magreza promovido pela mídia, sintomas gerais de TA, restrição alimentar e risco de obesidade. Aumentou a autoestima, e satisfação corporal.
Dunker e Philippi (2007) “Se liga na Nutrição” (Brasil)	48 meninas de escolas particulares (12 a 14 anos). Grupo controle (n= 35)	11 sessões interativas de 60 minutos. <u>Avaliação</u> : início, final e 4 meses após o programa. <u>Variáveis</u> : satisfação corporal, restrição alimentar, influência da mídia, atividade física, consumo alimentar. <u>Mediador</u> : pesquisador especialista em TA.	Direcionada	Influência da mídia, imagem corporal, discriminação corporal, restrição alimentar, desenvolvimento na puberdade, alimentação e atividade física.	Influenciou positivamente as atitudes relacionadas à mídia. Melhorou um pouco a satisfação corporal e preocupação com peso. Diminuiu a restrição alimentar. Aumentou a atividade física. Não houve alteração no consumo alimentar.

**(conclusão)**

Nos primeiros níveis do modelo, descreve-se a criação de programas educacionais direcionados a escolas e populações consideradas de risco para TA. Para que o programa traga resultados positivos, é importante o envolvimento da escola através do treinamento dos professores e funcionários; permissão para intervenções em sala de aula; integração de material educativo no currículo escolar e nas discussões com os alunos; realização de aconselhamento individual para grupos de risco de TA; incentivo à oferta de alimentos saudáveis nas cantinas; modificação dos conteúdos trabalhados nas aulas de educação física; e realização de atividades externas junto à comunidade e os pais.

Na sequência do modelo, recomenda-se a integração entre escolas, clínicas, centros comunitários, organizações religiosas e mídias locais para que haja reforço dos programas desenvolvidos pelas escolas.

Por fim, na base deste modelo, estão as mudanças nas normas da sociedade, que incluem esforços para modificar a indústria de alimentos e das propagandas direcionadas às crianças e adolescentes, apresentando modelos de beleza reais, de diversos tipos e formas corporais. Junto a estas medidas é necessária a participação do governo nacional, através da criação de legislação contra as propagandas de produtos para controle de peso, e melhora na assistência à saúde, com aumento de profissionais especializados no tratamento e identificação dos TA.

Nos estudos de prevenção (Quadro 1), observa-se que os programas trabalham com vários tipos de propostas metodológicas, quanto ao conteúdo educacional e variáveis estudadas, população de estudo (sexo e idade), número de sessões, tipo de mediador, formato do programa, e seguimento do estudo. Todas as metodologias adotadas têm como objetivo comum, reduzir ou eliminar fatores de risco de TA em indivíduos saudáveis, ou ainda prevenir o desenvolvimento futuro de um quadro clínico completo dos TA, em pessoas que já apresentam sinais iniciais.

Estudos longitudinais apontam que fatores de risco individuais específicos de TA e gerais de doenças psiquiátricas devem ser explorados tanto no tratamento como na prevenção dos TA. Entre os específicos pode-se citar: preocupação excessiva com peso corporal, restrição alimentar, insatisfação corporal, e presença de sobrepeso/obesidade; enquanto nos gerais, alguns sinais como: baixa autoestima, depressão, pessimismo, puberdade precoce, podem contribuir para o surgimento de um TA.

Além das características individuais, estudos retrospectivos dos fatores de risco apontam a influência que a família pode ter na predisposição a um TA, através de atitudes como: críticas ao peso ou alimentação, e altas expectativas no desempenho pessoal e escolar (SHISSLAK; CRAGO, 2001; STEWART et al., 2001).

Em resumo, o conteúdo educacional de um programa de prevenção deve ter como objetivos principais os aspectos etiológicos propostos por Stice, Agras e Hammer (1999) que contribuem para o surgimento de sintomas gerais de TA: pressão sociocultural pela magreza promovida pela família, amigos e mídia; internalização dos ideais de magreza pelas mulheres; insatisfação corporal; dieta restritiva e baixa autoestima.



Quanto à idade ideal de intervenção, Stice et al. (2000) observaram que a imagem corporal e as preocupações com a alimentação começam a aparecer em meninas por volta dos 8 anos e se intensificam na puberdade. Davison, Markey e Birch (2003) em um estudo longitudinal de acompanhamento de crianças dos 5 aos 9 anos, verificaram que as meninas que estavam mais insatisfeitas e preocupadas com o corpo aos 5 e 7 anos, tinham mais comportamento de restrição alimentar aos 9 anos. Portanto, pode-se argumentar que a intervenção pode ter impacto maior quanto mais precoce for a idade.

No entanto, ao observarmos o quadro 1, verifica-se que a maioria dos estudos com resultados significativos foram realizados com adolescentes com idade mínima de 9 anos e máxima de 18 anos. Há consenso nestes estudos de que a prevenção primária deve ser inicialmente direcionada às adolescentes de 11 a 14 anos de idade, em função de ser uma fase de alto risco, com aumento da insatisfação corporal e início de práticas de controle do peso.

Recomenda-se que os programas sejam voltados às meninas, por serem consideradas grupo de risco, e, portanto, apresentarem maior interesse por temas relacionados à imagem corporal, alimentação e perda de peso corporal. Os meninos não estão imunes ao desenvolvimento de TA, mas a falta de interesse destes pelos temas abordados pode influenciar negativamente o desenvolvimento, e os resultados do programa (ROSEN; NEUMARK-SZTAINER, 1998).

O número de sessões que um programa deve conter, também é variado, como pode ser observado no quadro 1. Existem resultados significativos com poucas ou com muitas sessões, no entanto, segundo a meta-análise de Stice, Shaw e Marti (2007), acredita-se que as intervenções com mais sessões produzam resultados mais efetivos, em função do intervalo entre estas possibilitar reflexão sobre os assuntos abordados.

Segundo a meta-análise, programas mediados por profissionais treinados com conhecimentos sobre imagem corporal, TA e saúde, foram mais efetivos do que os mediados por professores das escolas. Os autores justificam que os professores têm dificuldade de realizar um treinamento adequado, em função das outras atividades que o trabalho requer, tornando difícil o seguimento do programa com fidelidade. Além disso, existe o risco destes transferirem crenças e atitudes pessoais negativas em relação ao corpo; como a má aceitação do próprio corpo e formas de discriminação corporal (O'DEA; MALONEY, 2000; STICE; SHAW; MARTI, 2007).

Nas intervenções, o método interativo mostrou ser mais eficiente que o didático, ou seja, a participação dos adolescentes em discussões de grupo, em que exista um mediador, facilitador do diálogo e da dinâmica, possibilita e cria oportunidades para troca de experiências pessoais. Este tipo de formato permite maior envolvimento dos participantes com o programa, levando ao aumento do conhecimento, e a mudanças de atitudes e de comportamentos (STICE; SHAW; MARTI, 2007).

Por fim, observa-se no quadro 1, que a maioria dos estudos são longitudinais, em que se espera ao final do programa, e algum tempo depois (3 meses até

12 meses), que o grupo experimental mantenha ou diminua os fatores de risco para TA, comparando-se com um grupo controle.

## **EVOLUÇÃO DA ABORDAGEM PREVENTIVA EM TA**

Para desenvolver estratégias efetivas e duradouras de prevenção de problemas alimentares e de imagem corporal em escolas, é importante que os profissionais inicialmente conheçam as abordagens consideradas prejudiciais e não efetivas. Estudos desenvolvidos durante a década de 90 demonstram que existem estratégias educacionais que podem trazer mais prejuízos do que benefícios.

O currículo escolar desenvolvido por Killen et al. (1993) com adolescentes americanos de 11 a 13 anos, incluía tópicos como: mudanças corporais da adolescência, riscos da restrição alimentar, definição e diagnóstico de TA, pressão sociocultural pela magreza, alimentação e atividade física saudável. Os resultados do estudo foram considerados negativos, pois se verificou aumento no conhecimento sobre os TA e problemas alimentares ao final do programa.

No estudo de Mann et al. (1997), com mulheres universitárias americanas, os autores utilizaram como estratégia educacional, depoimentos de pacientes que se recuperaram de TA com relatos de restrição alimentar, uso de vômitos e de laxantes, e verificaram aumento dos sintomas de TA ao final do programa.

Outro programa desenvolvido e aplicado em adolescentes inglesas de 13-14 anos discutiu temas como: a pressão sociocultural pela magreza, imagem corporal, autoestima, regulação do peso corporal, riscos da restrição alimentar, definição e diagnóstico de TA. Ao final do programa, os autores encontraram resultados positivos, com a redução da restrição alimentar, entretanto, após seis meses, estes resultados desapareceram, ocorrendo inclusive aumento da restrição alimentar, chegando a índices maiores que no início do programa. Os autores concluem que o programa pode ter valorizado demais a questão da preocupação com o peso corporal, levando as adolescentes a fazerem dieta restritiva (CARTER et al., 1997).

O que se conclui destes estudos, é que todos têm em comum a aplicação de técnica pedagógica (aula didática), em que são passadas informações aos adolescentes sobre os riscos de se controlar o peso corporal e da restrição alimentar, descrevendo desta forma, muitas vezes comportamentos inadequados de controle de peso, como uso de vômitos, laxantes, diuréticos, podendo assim, introduzir crenças, atitudes e comportamentos precedentes aos TA, tornando estas atividades comuns e normais.

Além destas abordagens não recomendadas, O'dea e Maloney (2000), reforça que alguns programas tendem a tratar os temas voltados a alimentos de forma negativa, classificando-os em “bons” e “maus”, contribuindo para aversão a alguns alimentos, principalmente os ricos em gordura e carboidratos, podendo assim, predispor o início de uma dieta restritiva.

Em vista destes resultados, vários estudos foram desenvolvidos a partir de 1998 no sentido de identificar o melhor tipo de abordagem a ser utilizada em programas de prevenção. Os resultados foram diversificados, como observado no quadro 1.

A maioria dos programas de prevenção utiliza uma abordagem primária (universal ou seletiva), apesar de muitos autores concluírem e sugerirem em seus estudos que os programas devem ser direcionados para indivíduos de risco, por acreditarem que uma intervenção nestes casos pode ter maior impacto, e trazer resultados mais positivos (ABASCAL et al., 2004; STICE; SHAW; MARTI, 2007).

Os programas, de uma forma geral, têm como meta a mudança dos conhecimentos, crenças, atitudes, e comportamentos associados com os TA, tais como satisfação corporal, restrição alimentar, discriminação corporal, influência da mídia, autoestima, alimentação e atividade física. Os resultados são avaliados por diferentes instrumentos, sendo que nem todos são validados, o que muitas vezes pode dificultar a comparação entre os estudos.

Nos estudos, observa-se que a maioria dos programas tem como resultados positivos as mudanças de atitudes relacionadas à mídia, a melhora de sintomas gerais dos TA e da autoestima, e o aumento do conhecimento quanto à restrição alimentar, nutrição e atividade física. Quando se avalia a satisfação corporal e restrição alimentar, os resultados são controversos, alguns com melhora e outros sem modificação, confirmando as conclusões da revisão de Levine e Piran (2001) de que os programas tendem a aumentar o conhecimento, têm efeito temporário em algumas crenças e atitudes, e tem efeito pouco duradouro nos comportamentos.

Além dos programas descritos, algumas abordagens promissoras, podem contribuir para o desenvolvimento de novos programas e estratégias educacionais. O programa de educação nutricional “Body Basics” (O’DEA, 2002) é um exemplo de intervenção positiva de grande sucesso na Austrália: faz parte do currículo escolar, e conta com a participação dos adolescentes, pais, educadores, profissionais de saúde, a indústria de alimentos e o governo.

Outra abordagem promissora, mas que ainda apresenta muitos questionamentos quanto à sua elaboração, seleção da população e avaliação dos resultados, seria os programas realizados por meio da internet. Celio et al. (2000) criaram um programa de prevenção chamado “Student Bodies” que utiliza uma abordagem via internet, e que teve efeito na redução da insatisfação corporal, da restrição alimentar e melhora dos sintomas gerais de TA em universitárias consideradas de risco.

Apesar de resultados positivos, na revisão sistemática de Newton e Ciliska (2006), os autores relatam que os cinco estudos publicados utilizando a internet, não parecem trazer resultados de grande impacto nos fatores de risco para TA. Recomendam que novos estudos, com esse tipo de metodologia, devem trabalhar com amostras maiores, com melhor controle das variáveis estudadas, promover maior acesso ao programa e por fim, trabalhar os aspectos éticos, através do desenvolvimento de guias que regulam e protejam os participantes do estudo.

Alguns autores sugerem também o desenvolvimento de abordagens integradas de TA com obesidade. Uma abordagem integrada tem como benefícios principais a redução de custos e maior impacto na população de estudo, pois os esforços são concentrados em desordens alimentares diretamente relacionadas com alimentação e peso.

Segundo Irving e Neumark-Sztainer (2002), esta abordagem é mais complexa, e apresenta como um dos principais desafios às diferenças de filosofia de tratamento e prevenção, com abordagens opostas, por exemplo, de comportamentos alimentares (fazer dieta e parar de fazer dieta) e de peso corporal (perder peso e aceitar o peso). A obesidade e os TA são sintomas de um contexto cultural que inibe o desenvolvimento de padrões de alimentação e atividades físicas normais, e desencoraja o respeito pela diversidade de formas corporais. Portanto, vários fatores individuais, ambientais e comportamentais são comuns aos dois quadros, e podem ser trabalhados em uma abordagem integrada.

Alguns fatores individuais comuns a estas desordens seriam: imagem corporal; internalização da magreza; conhecimento sobre nutrição, atividade física, saúde e desenvolvimento corporal; autoestima, habilidade de controlar emoções negativas. Estes associados com fatores ambientais, como a pressão da família, amigos e mídia pela magreza, podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos como: compulsão alimentar, práticas inadequadas de perda de peso, maior ou menor prática de atividade física, balanço adequado ou inadequado entre o consumo e o gasto energético.

Algumas novas estratégias integradas vêm sendo desenvolvidas baseadas nestes fatores. O programa de Haines, Neumark-Sztainer e Thiel (2004) "Very Important Kids" têm como ideia principal, trabalhar a diminuição da discriminação da obesidade nas escolas, em vista deste comportamento estar associado com o início de práticas inadequadas para perda de peso, assim como de compulsões alimentares. Outra intervenção chamada "New Moves" incorporou mensagens normalmente utilizadas na prevenção de TA, a um programa direcionado à obesidade, no qual é trabalhada a autoestima corporal, práticas inadequadas para perda de peso, e mudanças de comportamento alimentar e atividade física (NEUMARK-SZTAINER et al., 2003).

Por fim, o estudo de Austin et al. (2005), avaliou o programa de prevenção de obesidade "Planet Health", que tem por objetivo limitar o tempo assistindo a televisão, aumentar a atividade física, o consumo de frutas e verduras, e reduzir o consumo de alimentos ricos em gordura, e verificou que este também teve efeito preventivo em comportamentos de TA.

No Brasil, os trabalhos na área de prevenção de TA, são praticamente inexistentes, e os esforços são voltados a projetos de prevenção da obesidade como os descritos na revisão de Sichieri e Souza (2008). Neste sentido, o trabalho de Dunker e Philippi (2007) pode ser considerado pioneiro no país. O programa piloto "Se Liga na Nutrição" foi direcionado a meninas de 12 a 14 anos de escolas particulares de São Paulo. Em função da pequena amostra, os resultados não tiveram poder estatístico, mas o programa demonstrou ter efeito positivo na preocupação com peso e alimentação e influência da mídia na aceitação de padrões de beleza.

Alguns outros movimentos voltados à prevenção universal, com o objetivo de ter maior alcance populacional, vêm surgindo desde 2005. A Campanha pela Real Beleza, desenvolvida pela empresa de cosméticos e alimentos, UNILEVER, é uma campanha global que tem o objetivo de questionar o padrão atual de beleza. A campanha tem boa repercussão, no entanto, ainda não existem trabalhos científicos que comprovem seu efeito.

Outro trabalho desenvolvido é a Semana de Conscientização de Transtornos Alimentares (SE DÊ CONTA), realizada pelo Grupo de Estudos em Alimentação e Nutrição (GENTA) que acontece desde 2005 em São Paulo. O evento tem como objetivo alertar sobre os TA, discutir os padrões de beleza atuais, informar sobre dietas e preocupações com peso, desfazer mitos difundidos e promover a aceitação corporal para o público em geral e para grupos específicos considerados de risco como: adolescentes, pais e professores de escolas; estudantes universitários da área de saúde, moda, publicidade, jornalismo; professores e frequentadores de academias de ginástica; e para profissionais da área da saúde, principalmente nutricionistas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão dos programas de prevenção, gera algumas conclusões comuns quanto ao desenvolvimento da metodologia, que podem ser observadas no quadro 2.

Metodologia	Indicado	Não indicado
<b>População de estudo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Todas as faixas etárias (Maior recomendação para a faixa de 11 a 14 anos)</li><li>- As meninas apresentam resultados mais positivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Os meninos podem atrapalhar a intervenção, se estiverem junto com as meninas</li></ul>
<b>Local de estudo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Escolas, Universidades, Internet</li></ul>	
<b>Número de sessões</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estudos com maior número de sessões, com metodologia interativa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estudos com poucas sessões e com metodologia didática</li></ul>
<b>Tipo de mediador</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Especialista em TA treinado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Professores com pouco tempo de treinamento e sem supervisão</li></ul>
<b>Seguimento do estudo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estudos com grupo controle com avaliação: antes, depois, 6 meses e 1 ano após o programa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estudos sem grupo controle, com avaliação no início e final</li></ul>
<b>Conteúdo educacional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desenvolvimento de uma imagem corporal positiva</li><li>- Alimentação e atividade física saudáveis</li><li>- Mudanças corporais da adolescência/genética</li><li>- Discriminação corporal</li><li>- Influência da mídia (como lidar com as mensagens)</li><li>- Melhora da autoestima</li><li>- Riscos da restrição alimentar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relatos de pacientes com TA</li><li>- Definição de TA com descrição de práticas inadequadas de perda de peso</li><li>- Tratar os alimentos como “bons” e “maus”</li></ul>

**Quadro 2 – Conclusões sobre as metodologias preventivas de TA**

Alguns pontos do delineamento destes estudos ainda são alvos de discussão e objeto de estudo para futuros trabalhos, entre eles podemos citar: 1) seleção adequada dos grupos de estudo nas escolas, separando adequadamente o grupo controle do experimental, evitando assim a troca de informações; 2) desenvolvimento de mais estudos de prevenção direcionada, com populações maiores, e com maior seguimento; 3) realização de estudos com faixas etárias precoces, antes dos 9 anos; 4) estudos com seguimentos de maior duração para avaliar a mudança dos comportamentos; 5) estudar propostas de integração dos programas com a família e professores; 6) desenvolver estratégias de prevenção universal mais eficazes, que atinjam todos adolescentes, em função do crescimento das preocupações entre os meninos; 7) aperfeiçoar os programas com estratégias inovadoras, como os realizados via internet; 8) desenvolver programas integrados de TA e obesidade; 9) incluir a atenção do governo, na regulação de propagandas veiculadas na mídia.

Por fim, vale reforçar que as conclusões apresentadas nesta revisão, devem servir de fonte de informação para profissionais da área da saúde como, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e professores de educação física, no sentido de alertá-los quanto à postura que devem ter perante seus pacientes e alunos, principalmente quanto às informações que serão passadas às crianças e adolescentes, evitando passar informações e crenças distorcidas em relação à alimentação e peso.

## REFERÊNCIAS/REFERENCES

- ABASCAL, L.; BROWN, J. B.; WINZELBERG, A. J.; DEV, P.; TAYLOR, C. B. Combining Universal and Targeted Prevention for School-Based Eating Disorder Programs. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 35, n. 1, p. 1-9, 2004.
- ALVES, E.; VASCONCELOS, F. A. G.; CALVO, M. C. M.; NEVES, J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 3, p. 503-512, 2008.
- AUSTIN, S. B.; FIELD, A. E.; WIECHA, J.; PETERSON, K. E.; GORTMAKER, S. L. The impact of a school-based obesity prevention trial on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Arch. Ped. Adolesc. Med.*, v. 159, n. 3, p. 225-230, 2005.
- BARANOWSKI, M. J.; HETHERINGTON, M. M. Testing the Efficacy of an Eating Disorder Prevention Program. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 29, n. 2, p. 119-124, 2001.
- BATTLE, E. K.; BROWNELL, K. D. Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: treatment vs. prevention and policy. *Addict. Behav.*, v. 21, n. 6, p. 755-765, 1996.
- BORRESEN, R.; ROSENVINGE, J. H. Body dissatisfaction and dieting in 4,952 Norwegian children aged 11-15 years: less evidence for gender and age differences. *Eat. Weight Disord.*, v. 8, n. 3, p. 238-241, 2003.
- BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.
- CARTER, J. C.; STEWART, D. A.; DUNN, V. J.; FAIRBURN, C. G. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good?. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 22, n. 2, p. 167-172, 1997.

- CELIO, A. A.; WINZELBERG, A. J.; WILFLEY, D. E.; EPPSTEIN-HERALD, D.; SPRINGER, E. A. D. E. V. P.; TAYLOR, C. B. Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an internet- and classroom-delivered psychoeducational program. *J. Consult. Clin. Psychol.*, v. 68, n. 4, p. 650-657, 2000.
- DAVISON, K. K.; MARKEY, C. N.; BIRCH, L. L. A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 33, n. 3 p. 320-332, 2003.
- DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Avaliação do estado nutricional e percepção corpórea de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Pediatr. Mod.*, v. 39, n. 1/2, p. 12-16, 2003.
- DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Development of programs to prevent eating disorders risk behaviors in Brazilian adolescents: difficulties and strategies. In: GRENELL, R. S. (Org.). *Adolescent behavior research studies*. New York: Nova Science, 2007. p. 243-254.
- ECKERT, E. D.; HALMI, K. A.; MARCHI, P.; GROVE, W. Ten year follow up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol. Med.*, v. 25, n. 1, p. 143-156, 1995.
- HAINES, J.; NEUMARK-SZTAINER, D.; THIEL, L. *VIK (Very Important Kids)*: development of a school-based intervention to prevent weight-related disorders. Paper presented at the Academy for Eating Disorders International Conference on eating Disorders, Orlando, FL., 2004.
- HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 24, n. Supl 3, p. 13-17, 2002.
- IRVING, L. M.; NEUMARK-SZTAINER, D. Integrating the Prevention of Eating Disorders and Obesity: Feasible or Futile? *Prevent. Med.*, v. 34, n. 3, p. 299-309, 2002.
- KATER, K. J.; ROHWER, J.; LONDRE, K. Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating and weight concerns. *J. Sch. Health*, v. 72, n. 5, p. 199-204, 2002.
- KILLEN, J. D.; TAYLOR, C. B.; HAMMER, L. D.; LITT, I.; WILSON, D. M.; RICH, T.; HAYWARD, C.; SIMMONDS, B.; KRAEMER, H.; VARADY, A. An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 13, n. 4, p. 369-384, 1993.
- KROWCHUCK, D. P.; KREITER, S. R.; WOODS, C. R.; SINAL, S. H.; DURANT, R. H. Problem dieting behaviors among young adolescents. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, v. 152, n. 9, p. 884-888, 1998.
- LEVINE, M. P.; PIRAN, N. The prevention of eating disorders: Towards a participatory ecology of knowledge, action, and advocacy. In: STRIEGEL-MOORE R.; SMOLAK L. *Eating disorders: new directions for research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. p. 233-253.
- LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. Primary prevention of body image disturbances and disordered eating in childhood and early adolescence. In: THOMPSON, J. K.; SMOLAK L. *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and treatment*. Baltimore: United Book Press, 2001. p. 23-40.
- LEVINE, P.; PIRAN, N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, v. 1, n. 1, p. 57-70, 2004.
- MANN, T.; NOLEN-HOEKSEMA, S.; HUANG, K.; BURGARD, D.; WRIGHT, A.; HANSON, K. Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychol.*, v. 16, n. 3, p. 215-225, 1997.
- MCVEY, G. L.; DAVIS, R.; TWEED, S.; SHAW, B. F. Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: a replication study. *Int. J. Eat Disord.*, v. 36, n. 1, p. 1-11, 2004.

- NEUMARK-SZTAINER, D.; STORY, M.; RESNICK, M. D.; BLUM, R. W. Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey. *J. Am. Diet Assoc.*, v. 98, n. 12, p. 1449-1456, 1998.
- NEUMARK-SZTAINER, D.; SHERWOOD, N. E.; COLLER, T.; HANNAN, P. J. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short-term effect of a communitybased intervention. *J. Am. Diet. Assoc.*, v. 100, n. 12, p. 1466-1473, 2000.
- NEUMARK-SZTAINER, D.; STORY, M.; HANNAN, P. J.; REX, J. New Moves: A school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Prev. Med.*, v. 37, n. 1, p. 41-51, 2003.
- NEWTON, M. S.; CILISKA, D. Internet-Based Innovations for the Prevention of Eating Disorders: A Systematic Review. *Eat. Disord.*, v. 14, n. 5, p. 365-384, 2006.
- NUNES, M. A.; OLINTO, M. T. A.; BARROS, F. C.; CAMEY, S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 23, n. 1, p. 21-27, 2001.
- O'DEA, J. Body Basics: a nutrition education program for adolescents about food, nutrition, growth, body image, and weight control. *J. Am. Diet. Assoc.*, v. 102, p. S68-S70, 2002. Supplement 3.
- O'DEA, J. Suggested activities to address body image issues, eating problems and child obesity prevention in school environments. *J. HEIA*, v. 10, n. 3, p. 2-12, 2003.
- O'DEA, J. A.; ABRAHAM, S. Improving the Body Image, Eating Attitudes, and Behaviors of Young Male and Female Adolescents: A New Educational Approach that Focuses on Self-Esteem. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 28, n. 1, p. 43-57, 2000.
- O'DEA, J.; MALONEY, D. Preventing eating and body image problems in children and adolescents using the health promoting schools framework. *J. Sch. Health*, v. 70, n. 1, p. 18-21, 2000.
- PATTON, G. C.; SELZER, R.; COFFEY, C.; CARLIN, J. B.; WOLFE, R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*, v. 318, n. 7186, p. 765-768, 1999.
- REATO, L. F. N.; HARADA, R. M.; HATAKEYAMA, T. T.; KITAURA, A. R.; NAGAOKA, B. M.; PERESTRELO, V. B. Hábitos alimentares, comportamentos de risco e prevenção de transtornos alimentares em adolescentes do Ensino Médio. *Rev. Paul. Pediatr.*, v. 25, n. 1, p. 22-26, 2007.
- ROSEN, D. S.; NEUMARK-SZTAINER, D. Review of options for primary prevention of eating disturbances among adolescents. *J. Adolesc. Health*, v. 23, n. 6, p. 354-363, 1998.
- SHISLAK, C. M.; CRAGO, M. Risk and protective factors in the development of eating disorders. In: THOMPSON, J. K.; SMOLAK L. *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and treatment*. Baltimore: United Book Press; 2001. p. 103-125.
- SICHERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, p. S209-S234, 2008. Suplemento 2.
- SMOLAK, L.; LEVINE, M. P.; SCHERMER, F. A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *J. Psychosomatic Res.*, v. 44, n. 3/4, p. 339-353, 1998.
- STEINER-AIDAR, C.; SJOSTROM, L.; FRANKO, D. L.; PAI, S.; TUCKER, R.; BECKER, A. E.; HERZOG, D. B. Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescents girls: learning from practice. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 32, n. 4, p. 401-411, 2002.
- STEWART, D. A.; CARTER, J. C.; DRINKWATER, J.; HAINSWORTH, J.; FAIRBURN, C. G. Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: a controlled study. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 29, n. 2, p. 107-118, 2001.



STICE, E.; AGRAS, W. S.; HAMMER, L. D. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 25, n. 4, p. 375-387, 1999.

STICE, E.; MAZOTTI, L.; WEIBEL, D.; AGRAS, W. S. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 27, n. 2, p. 206-217, 2000.

STICE, E.; RAGAN, J. A controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 31, n. 2, p. 159-171, 2002.

STICE, E.; SHAW, H.; BURTON, E.; WADE, E. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *J. Consult. Clin. Psychol.*, v. 74, n. 2, p. 263-275, 2006.

STICE, E.; SHAW, H.; MARTI, C. N. A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention programs: Encouraging Findings. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, v. 3, p. 207-221, 2007.

STICE, E.; TROST, A.; CHASE, A. Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *Int. J. Eat. Disord.*, v. 33, n. 1, p. 10-21, 2003.

VILELA, J. E. M.; LAMOUNIER, J. A.; DELLARETTI FILHO, M. A.; BARROS NETO, J. R.; HORTA, G. M. Transtornos alimentares em escolares. *J. Pediatr.*, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

WADE, T. D.; DAVIDSON, S.; O'DEA, J. A. A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *Int. J. Eat Disord.*, v. 33, n. 4, p. 371-383, 2003.

Recebido para publicação em 08/09/08.

Aprovado em 17/06/09.