



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Maia Olsen do Vale, Antonio; Sansigolo Kerr, Ligia Regina; Magalhães Bosi, Maria Lúcia
Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo
feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 1, enero, 2011, pp. 121-132
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63015361012>

- ▶ 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

Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil

Risk behaviors for eating disorders among female adolescents from different social strata in the Brazilian Northeastern

Antonio Maia Olsen do Vale¹

Ligia Regina Sansigolo Kerr²

Maria Lúcia Magalhães Bosi²

Abstract This study sought to estimate the prevalence of eating disorders (ED) and identify risk factors among female adolescents in Fortaleza, Ceará, Brazil. It was conducted a sectional study with 652 high school students (14-20 years) using the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE). A logistic regression model was applied. Approximately one quarter of participants showed risk eating pattern and control weight practices, among 1.2% signs of an installed ED were found. Fear of weight gain was reported by 62% of adolescents, independently if studying at public or private schools ($p>0.05$), but the use of risk practices was higher among private schools students ($p<0.05$). Not having a religion (OR: 2.2, 95%CI: 1.1-4.2) and studying in private school (OR: 1.7, 95%CI: 1.2-2.5) were associated with an increased risk of ED. The ED emerge as a public health problem even in the poor areas of Brazil and the desire for a thin body was not differentiated between different social strata, although the risk practices are significantly higher among respondents from private schools. Subjective and cultural aspects are presented not only as risk factors, but also as protectors.

Key words *Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Feeding behavior, Nutritional epidemiology, Body image*

Resumo Este estudo procurou estimar a prevalência de transtornos do comportamento alimentar (TCA) e identificar fatores de risco entre adolescentes do sexo feminino em Fortaleza (Ceará, Brasil). Realizou-se um estudo seccional com 652 estudantes secundaristas (14-20 anos) usando-se o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE). Aplicou-se um modelo de regressão logística. Cerca de um quarto das participantes apresentou padrão alimentar de risco e práticas de controle de peso; em 1,2% encontraram-se indícios de TCA instalado. Medo de engordar foi relatado por 62%, independentemente de estudarem em colégios públicos ou particulares ($p>0,05$), mas uso de práticas de risco foi superior naquelas procedentes de escolas particulares ($p<0,05$). Não ter religião (OR: 2.2; 95%CI: 1.1-4.2) e estudar em colégio particular (OR: 1.7; 95%CI: 1.2-2.5) associaram-se com maior risco de apresentar TCA. Os TCA emergem como problema de Saúde Coletiva mesmo em áreas pobres do Brasil, e o desejo pelo corpo magro não se diferenciou entre os diferentes estratos sociais, embora as práticas de risco sejam mais usadas entre as informantes de colégios particulares. Aspectos culturais e subjetivos se apresentam não apenas como fatores de risco, mas também como protetores.

Palavras-chave *Transtornos alimentares, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Comportamento alimentar, Epidemiologia nutricional, Imagem corporal*

¹ Curso de Psicologia,
Campus de Sobral,
Universidade Federal do
Ceará. Avenida Lúcia Saboia
215, Centro. 62010-830
Sobral CE.

amov76@gmail.com

² Programa de
Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, Departamento de
Saúde Comunitária,
Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do
Ceará.

Introdução

A preocupação das mulheres com o peso corporal apresenta-se como uma questão central que transversaliza diferentes segmentos sociais. Tal preocupação, não raro, distancia-se de um cuidado com a saúde ou de uma preocupação com os males do excesso de gordura, podendo ser entendida como expressão – com reflexos no plano biológico – de disputas mercadológicas que se estabelecem no contexto social^{1,2}.

A “indústria da magreza” e da beleza gera lucros para os mais diversos grupos econômicos (empresas de produtos alimentares, indústria têxtil, indústria farmacêutica, mídia, tecnologia médica etc.), que se sustentam em processos como a adesão das mulheres à busca constante e obstinada por um corpo que seja socialmente considerado belo e, no limite, perfeito segundo os padrões hegemônicos¹. Os mecanismos por meio dos quais se difundem tais valores são complexos e difusos, concentrados nos meios de comunicação dos quais os grupos econômicos lançam mão, já que dependem, para sobreviver, de um mercado consumidor ativo impulsionado pela produção constante de novas necessidades e, consequentemente, de novos produtos visando a satisfazê-las^{3,4}. Através dos meios de comunicação impõe-se a cultura do belo mantida por uma “indústria do belo” sustentada na ideia de que uma mulher, para ser bonita e socialmente aceita, precisa ser (muito) magra, levando especialmente as adolescentes aos assim denominados “comportamentos e práticas inadequadas para o controle de peso”^{5,6,7}.

Tais comportamentos adotados com o objetivo de se atingirem ideais de peso e imagem corporal socialmente estabelecidos, não raro, ocasionam uma ampla e perigosa gama de complicações orgânicas e comportamentais, uma vez que, dentre outros aspectos, negligencia-se o que a literatura científica denomina ***setting point***^{8,9}, que limita a possibilidade de modular o peso conforme o desejo. Dentre essas complicações, situam-se os transtornos do comportamento alimentar (TCA), que se expressam em distintas modalidades: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e, dependendo da classificação utilizada, o transtorno alimentar não especificado (TANE), no qual se inclui o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)^{2,9}. Outros transtornos relacionados ao comportamento alimentar são também mencionados na literatura, tais como dunkorexia¹⁰, ortorexia¹¹ e vigorexia¹², os quais não constituem o foco deste estudo.

A população feminina adolescente e adulta jovem entre 12 e 28 anos é a mais atingida por esse problema, numa proporção que chega, em certos estudos, a vinte casos em mulheres para cada caso em homens, embora haja evidências de uma diminuição da diferença entre os sexos^{2,13}. Estudos epidemiológicos realizados nos EUA apresentam relatos de que até 4% da população de estudantes adultas jovens apresentam algum tipo de TCA¹⁴. Segundo Fairburn e Harrison⁷, em meninas adolescentes a prevalência de AN pode alcançar 7%.

No Brasil, o reconhecimento da questão como problema sociosanitário ainda é recente, sendo escassos os estudos disponíveis, sobretudo epidemiológicos, ainda que se registrem estudos de maior amplitude nos últimos anos, dentre os quais se localizam importantes investigações sobre imagem corporal e TCA em adolescentes e segmentos específicos da população jovem adulta¹⁵⁻¹⁷, dentre os quais cabe ressaltar a presença de problemas em futuros profissionais de saúde¹⁸⁻²¹.

Ainda assim, as evidências procedem, sobretudo, de relatos clínicos oriundos da psiquiatria, ainda que pouco a pouco o tema venha ganhando visibilidade social e merecendo destaque em outros campos e domínios disciplinares, dentre os quais a saúde coletiva e a epidemiologia nutricional. Dentre os poucos estudos de maior abrangência, cabe registrar o estudo pioneiro de base populacional realizado em Porto Alegre (RS) por Nunes⁸, englobando 513 mulheres jovens entre 12 e 29 anos, no qual se constatou que o número de mulheres com hábitos alimentares inadequados em razão da estética era, na época, tão grande na capital gaúcha quanto em países desenvolvidos, como EUA e Inglaterra. Confrontando-se os dados desses países com os do estudo de Nunes⁸, encontrou-se que entre 6,2% e 7,5% das mulheres usavam laxantes nos EUA; em Porto Alegre, o índice atingia 8,5%. Os anorexígenos eram usados por 3,4% das adolescentes norte-americanas e por 5,1% das mulheres de Porto Alegre. Na Inglaterra, oito estudos mostraram que 2,4% das mulheres recorrem à prática de vômitos autoinduzidos; nos EUA o índice é de 0,5%, e em Porto Alegre, 1,4%⁸.

No Nordeste do Brasil, quando da realização desse estudo, não se localizavam achados relativos a investigações com amostras representativas descrevendo a ocorrência desses comportamentos alimentares nocivos à saúde em adolescentes do sexo feminino. A carência econômica de grande parte da população e os valores culturais que norteiam tradicionalmente a forma como

o nordestino se relaciona com a comida e o peso foram considerados como um fator que pode diferenciar a maneira como os TCA ocorrem nas adolescentes. Por sua vez, a dissolução das fronteiras culturais e a homogeneização de valores dela resultante, sobretudo no que se refere ao corpo e à alimentação, relativizavam essa premissa, figurando como mais um elemento a justificar a realização deste estudo sobre esta temática nessa região.

Tendo em vista essas singularidades, o objetivo principal desta pesquisa foi caracterizar a ocorrência de comportamentos e práticas alimentares inadequados de controle de peso e os fatores de risco que levam a esses comportamentos, contrastando estratos sociais distintos: estudantes adolescentes do sexo feminino da rede pública e privada de ensino no município de Fortaleza, Ceará (NE-Brasil).

Material e método

Realizou-se um estudo seccional com estudantes secundaristas de escolas públicas e privadas na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, localizada na região Nordeste do Brasil.

População do estudo

Uma amostra aleatória de estudantes do segundo grau de escolas públicas e privadas de Fortaleza foi selecionada, a partir de listagens dos estabelecimentos de ensino fornecidas pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Fortaleza, Secretaria de Educação do Estado do Ceará e pelo Ministério da Educação e Cultura.

Para definir o tamanho da amostra, utilizaram-se como parâmetros prevalência de 33,7% de estudantes com comportamentos alimentares anormais ou práticas inadequadas de controle de peso a partir do estudo realizado por Nunes⁸. Considerou-se um intervalo de confiança de 5% e erro amostral de 3,9%, sendo acrescentados 15% ao valor encontrado para compensar possíveis perdas. O número de estudantes na amostra foi um pouco maior ($n=652$) do que o calculado ($n=633$), devido à opção por aplicar o questionário em todas as alunas das salas de aula selecionadas, de modo a facilitar a coleta no ambiente escolar.

Sessenta e quatro por cento das estudantes eram de colégios públicos. O estrato das alunas de colégio particular foi previamente dividido em três níveis socioeconômicos, tendo como critério

o valor da mensalidade cobrado pelas escolas na época (US\$ 1 = R\$ 2,50; e o salário mínimo = US\$ 72).

Os estratos de escolas particulares nível A (mensalidades acima de US\$ 93,5); Nível B (mensalidades entre US\$ 52,7 e US\$ 93,5) e Nível C (mensalidades abaixo de US\$ 52,7) apresentaram, respectivamente, 33,3%, 38,9% e 27,8% de participação.

Após esta estratificação, realizou-se o sorteio proporcional das escolas públicas e particulares. A princípio, foi sorteada uma escola de cada estrato; caso esta escola não tivesse o número de alunas suficiente para compor a amostra especificada do estrato, ou a escola não concordasse em participar do estudo, outra escola era sorteada e assim sucessivamente, até ser atingido o mínimo exigido de alunas para cada estrato.

Durante o sorteio das escolas, adotou-se como critério de exclusão não aceitar duas escolas do mesmo estrato no mesmo bairro, para evitar semelhanças socioeconômicas entre as estudantes dessas instituições. Nesses casos, realizava-se a substituição por outra escola sorteada. Uma vez sorteadas as escolas, passou-se ao sorteio das classes cujas alunas tivessem a faixa etária de interesse do estudo.

Todas as alunas das classes selecionadas foram convidadas a participar. Somente uma escola recusou-se, tendo sido substituída. Nas classes, não houve nenhuma recusa individual por parte das alunas. Todas as estudantes selecionadas receberam autorização de um responsável para participar do estudo, tendo sido assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.

Coleta de dados

Um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores foi aplicado às participantes contendo perguntas para caracterização socioeconômico-demográfica (idade; religião; prática da religião; renda familiar; estado civil das participantes; estado civil dos pais; escolaridade da mãe e do pai; valor da mensalidade do colégio ou escola onde estudava; se trabalhava ou não), do peso, da altura e das práticas alimentares. Por questões logísticas, não foi possível aferir peso, massa corporal e estatura das participantes – o que impossibilitou o cálculo do índice de massa corporal (IMC), que é a razão entre peso e o quadrado da altura²². Utilizaram-se então o peso e a altura referidos pelas estudantes, com os quais foi calculado o índice de massa corporal referido, dividindo-se o peso relatado pelo quadrado

da altura relatada. A literatura^{23,24} sustenta a confiabilidade desse procedimento para estudos com amostras representativas, sendo válida a utilização do IMC referido em substituição ao IMC. A classificação da Organização Mundial da Saúde²⁵ para os resultados do IMC afirma que o resultado é considerado abaixo do normal se menor que 18,5; normal entre 18,5 e 24,9; e acima do normal se superior a 24,9.

As adolescentes foram ainda questionadas sobre qual o peso que elas desejariam ter. Esse dado, considerando suas alturas, permitiu calcular qual IMC elas tinham como meta a ser alcançada ou mantida, independentemente de qual fosse o seu peso corpóreo real, o que foi denominado “IMC desejado”, indicando, em linguagem antropométrica, o ideal corporal do grupo.

As práticas alimentares foram mensuradas através da versão em português^{2,26} do inventário ***Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*** (BITE)²⁷. Este teve como função detectar práticas inadequadas de controle de peso, comportamentos compulsivos ou restritivos, e sua gravidade. O BITE apresenta como resultados finais duas escalas, uma de sintomas e outra de gravidade. A escala de sintomas apresenta três resultados possíveis: (1) a situação chamada pela literatura de “ausência de risco” (escore < 10) para o desenvolvimento de transtornos alimentares; (2) “situação de risco” (escore ≥ 10 e menor que 20) para o desenvolvimento de transtornos alimentares, que sugere um padrão alimentar não usual sem estarem presentes todos os critérios para um transtorno alimentar; (3) “situação de transtorno alimentar” (escores de 20 até o máximo de 30), em que se caracteriza a presença de comportamento alimentar compulsivo e uma grande possibilidade de presença de BN instalada²⁷; este resultado foi considerado o principal indicador para a ocorrência de TCA. Já a escala de gravidade apresenta três possibilidades de resultados: (1) gravidade leve (menos de 5 pontos); (2) gravidade moderada (de 5 a 9 pontos); (3) gravidade severa (a partir de 10 pontos)²⁷.

A aplicação do questionário teve uma duração total de seis meses, tendo sido realizada por três alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e por funcionários das próprias instituições de ensino, devidamente treinados. O controle de qualidade foi feito pelo coordenador da pesquisa, acompanhando o processo de coleta dos dados e checando os questionários após o seu preenchimento.

Para a análise univariada das variáveis nominais, foram utilizados o Teste Qui-quadrado de

Pearson e o Teste Exato de Fisher, quando necessário. Utilizou-se, ainda, o índice de correlação de Spearman e o teste de Wilcoxon para variáveis contínuas. As variáveis associadas aos TCA na análise bivariada (nível de significância 15%) foram introduzidas num modelo de regressão logística para acessar seu efeito independente, permanecendo no modelo final aquelas com significância menor que 5%.

Resultados

A maioria das estudantes se referiu católica (77,3%), solteira (96,1%), pais casados ou amigados (68,9%), mães (36,9%) e pais (32,0%) sem educação formal ou com 1º grau incompleto, estudando em escolas públicas (63,0%), e não trabalhavam fora (85,5%) (Tabela 1).

No que se refere ao perfil do grupo, a média de idade das alunas foi de 16,7 anos de idade e desvio padrão de 1,05 ano. O IMC referido variou de $13,4 \text{ kg/m}^2$ (“abaixo do normal”) a 57 kg/m^2 (“acima do normal”), com média de $20,5 \text{ kg/m}^2$ (“normal”) e desvio padrão de $3,3 \text{ kg/m}^2$. Para 48,1% das informantes ($n=614$), o cálculo do IMC referido resultou “abaixo do normal”; para 46,6%, valores de IMC referidos na faixa de normalidade; para 4,2%, IMC referido indicando sobrepeso e, para 1,1%, obesidade. Não houve diferença significativa no que se refere ao IMC referido entre as alunas de colégios públicos e particulares ($p>0,05$). O IMC “desejado” ($n=584$) teve média de $20,1 \text{ kg/m}^2$, amplitude de $12,8 \text{ kg/m}^2$ a 56 kg/m^2 e desvio padrão de $2,7 \text{ kg/m}^2$. Metade das adolescentes (50,5%) gostaria de ter um peso que as situaria na faixa de “abaixo do normal”, 47,8% indicou um peso desejado que as situaria na faixa “normal”, 1% desejava um peso correspondente à faixa “sobrepeso”, enquanto 0,7% relatou querer ter um peso que as situaria na faixa “obesidade”.

Utilizando o teste Wilcoxon, compararam-se as diferenças entre o IMC referido e o IMC desejado, e encontrou-se que a diferença entre os dois foi significativa ($p<0,001$), sendo os resultados do IMC referidos maiores do que os do IMC desejados em 44,5% dos casos, o que significa que essas adolescentes gostariam de ter um IMC menor do que aquele calculado a partir do peso relatado, indicando um desejo de emagrecer.

Quanto aos resultados rastreados pelo BITE, baseados no escore principal aferido pela escala de sintomas, encontramos que 25,2% estão em situação de risco, ou seja, apresentavam um pa-

drão alimentar não usual e se utilizaram de práticas danosas para o controle de peso, embora sem preencherem todos os critérios dos manuais diagnósticos para um TCA. Em 1,2% da amostra foram encontrados indícios suficientes para indicar grande possibilidade de ocorrência de TCA.

Em relação à escala de gravidade dos sintomas, ainda a partir do BITE, 91,1% não se localizaram na faixa de gravidade, 8% apresentaram

gravidade significativa e 0,9% indicou uma gravidade intensa nos sintomas. A proporção de adolescentes que apresentou práticas de risco foi significativamente superior nas escolas particulares ($p<0,01$) quando comparada com o resultado nas escolas públicas (Tabela 2).

No modelo de regressão logística, não ter uma religião e estudar em colégio particular se apresentaram como condições que aumentaram o

Tabela 1. Características sociodemográficas das estudantes participantes da amostra em um modelo de regressão logística para risco significativo de transtornos alimentares. Fortaleza, CE.

	n	%	Valor de p
Religião (n=648)			
Católica	501	77,3	$p=0,019$
Evangélica/Protestante	83	12,8	
Não tenho	40	6,2	
Espírita	06	0,9	
Afro-brasileira/Judaica	02	0,3	
Outra	16	2,5	
Estado civil das alunas (n=647)			
Solteira	622	96,1	$p=0,665$
Casada – Amigada	18	2,8	
Outro	7	1,1	
Estado civil dos pais (n=643)			
Casados – Amigados	443	68,9	$p=0,317$
Separados – Divorciados	124	19,3	
Viúvo(a)	37	5,8	
Solteiros	34	5,3	
Outro	5	0,8	
Escolaridade da mãe (n=642)			
Sem educação formal / 1º grau incompleto	242	36,9	$p=0,112$
1º grau completo / 2º grau incompleto	122	19	
2º grau completo	116	18,1	
Superior incompleto / Superior completo	125	19,5	
Não sabe	42	6,5	
Escolaridade do pai (n=637)			
Sem educação formal / 1º grau incompleto	204	32	$p=0,544$
1º grau completo / 2º grau incompleto	110	17,2	
2º grau completo	128	20,1	
Superior incompleto / Superior completo	109	17,2	
Não sabe	86	13,5	
Escola (n=652)			
Pública	415	63,6	$p=0,002$
Particular	237	36,4	
Colégios particulares (n=237)			
Nível A	79	33,4	$p=0,953$
Nível B	92	38,8	
Nível C	66	27,8	
Trabalha (n=651)			
Não	557	85,5	$p=0,474$
Sim	94	14,5	

risco para a presença de práticas e comportamentos alimentares anormais (Tabela 3).

Ao serem questionadas sobre como se avaliavam quanto ao peso atual, a maioria das adolescentes (65,7%; n=646) declarou se sentir com um peso “médio”, 16,4% sentiam-se “abaixo do peso”, 13,6% se sentiam “gorda”, 2,5% afirmaram se sentir “muito abaixo do peso” e 1,9% “muito gorda”. Sobre a relação entre a autoavaliação do peso e o IMC referido, 4,8% (n=292) das adolescentes que apresentaram um IMC referido “abaixo do normal” consideraram-se como sendo “gordas” ou “muito gordas”; entre as adolescentes que apresentaram IMC referido na faixa “normal” este fenômeno foi mais expressivo: 23,1% (n=285) delas consideraram-se como sendo “gordas” ou “muito gordas”. A ocorrência de práticas de risco foi maior nos grupos que relataram se sentirem “gordas” ou “muito gordas” ($p<0,001$).

A maior parte (77,2%; n=647) das adolescentes nunca procurou orientação profissional para fazer regime ou ser esclarecida sobre alguma questão nutricional. Além disso, a proporção de alunas de colégios particulares que procurou orientação profissional para fazer regime ou ser esclarecida (33,1%) foi significativamente superior à proporção de alunas de colégios públicos (16,8%) que fez o mesmo ($p<0,001$), possivelmente pela maior facilidade de acesso a serviços especializados.

Estar seguindo uma dieta rígida foi relatado por 4% (n=646) das adolescentes. Destas, 48% (n=25) referiram um peso cujo IMC referido foi “abaixo do normal”. Foi encontrado também que 9,7% da amostra nunca realiza uma das principais refeições do dia.

Dentre as práticas restritivas, o jejum por um dia inteiro é a mais conhecida, e a distribuição desta prática entre colégios públicos e particulares foi semelhante ($p>0,05$). Mesmo entre aquelas que relataram estar com peso cujo IMC referido foi “abaixo do normal”, encontrou-se que 22,6% delas jejuavam. Constatou-se, também, o uso de comprimidos para perder peso, diuréticos, laxantes e vômitos (Tabela 4).

Quando questionadas se o padrão de alimentação prejudicava severamente a vida delas, 15% (n=645) disseram que sim. A maioria destas que afirmaram “sim” (52,6%; n=95) considera seus hábitos alimentares normais ($p<0,001$), mesmo se sentindo prejudicadas.

Na amostra, 31,2% (n=644) relataram que quando se sentem ansiosas tendem a comer muito. Indagou-se se elas procuravam a comida com a finalidade de aliviar algum tipo de desconforto e 17,9% afirmaram que sim (n=642). Explorou-se, ainda, a ocorrência de comportamentos indicadores de compulsão alimentar (Tabela 5).

O medo de engordar foi relatado pela maioria das adolescentes (62%; n=645) e não foi possível afirmar que houve diferença significativa na

Tabela 2. Distribuição de frequência das alunas dos colégios públicos e particulares em razão de apresentarem ou não práticas de risco para transtornos do comportamento alimentar. Fortaleza, CE.

Variável	Público	Particular	
Não apresenta práticas alimentares de risco	322 (77,6%)	158 (66,7%)	$p<0,01$
Apresenta práticas de risco	93 (22,4%)	79 (33,3%)	
Total	415 (100,0%)	237 (100,0%)	

Tabela 3. Modelo de regressão logística para o risco de ocorrer práticas e comportamentos alimentares anormais em estudantes de 14 a 20 anos. Fortaleza, CE.

Variável	Odds Ratio Bruto	Odds Ratio Ajustado*
Não ter religião	2,17	2,16 [IC 95% 1,11 – 4,17]
Estudar em colégio particular	1,73	1,72 [IC 95% 1,20 – 2,47]

* Ajustado para as duas variáveis do modelo.

distribuição dessa variável entre os colégios públicos e particulares ($p>0,05$). Em todas as faixas de IMC referido, o número de adolescentes que apresentavam medo de engordar foi superior ao das adolescentes que afirmaram não ter esta preocupação ($p<0,01$); isso indica que, independentemente do peso que as adolescentes acreditam ter, o medo de engordar é sempre presente para a maioria delas. Nas três faixas da escala de risco do inventário BITE, também se evidenciou o mesmo achado ($p<0,001$).

Entre as que se encontram em situação de risco, a maioria (56,4%; n=163) considera seus hábitos alimentares normais. Entre aquelas que se avaliam como alguém que come compulsivamente, 71,4% (n=84) consideram seus hábitos alimentares normais. A maioria das que apresentam o hábito de praticar o jejum para controle de peso, (68,3%; n=120) considera seus hábitos alimentares normais. A maior parte das adolescentes que vomitam habitualmente, 61,8% (n=34), também considera seus hábitos alimentares normais. Entre as que usam laxantes, usam diuréticos e usam comprimidos de forma habitual, foi encontrado que 80,4% (n=46), 83,3% (n=12) e 77,3% (n=22), respectivamente, consi-

deravam seus hábitos alimentares normais, a despeito do controle de peso por meio de métodos purgativos.

Discussão

O elevado número de adolescentes realizando práticas alimentares inadequadas ressalta a atenção que este tema requer da comunidade acadêmica, em especial no campo da saúde pública, reafirmando-o como questão emergente no cenário sanitário brasileiro. Entre outros fatores, a preocupação com o peso e a forma do corpo estabelecidos entre as adolescentes parecem estar gerando um quadro de adoecimento comportamental e somático com sérias repercussões. Vários estudos comprovam a correlação entre insatisfação com a imagem corporal e a prevalência de sintomas de TCA²⁸⁻³⁰. Comer e restringir a alimentação se revelam como estratégias danosas para lidar com situações de conflito e seus consequentes estados emocionais aversivos. Conforme encontrado, um terço afirmou utilizar a comida para reduzir ansiedade, e 17,9% delas se voltavam para a comida com a finalidade de aliviar algum tipo de desconforto. Esse contingenciamento entre comida e redução da ansiedade cria uma situação extremamente favorável para o surgimento de problemas como comer compulsivo e obesidade³¹. A busca por soluções imediatas e a dificuldade para lidar com situações de sofrimento e frustração são características marcantes da cultura ocidental que figuram como pano de fundo para a instalação dos TCA³².

O resultado do BITE de que 1,2% das adolescentes apresentam uma grande possibilidade de ter um TCA é similar à faixa apontada pela literatura internacional de uma prevalência esperada entre 1% e 4%¹⁴. Este resultado foi significativamente menor ($p<0,05$) quando comparado com

Tabela 4. Uso de práticas inadequadas para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino estudantes do segundo ano do 2º grau de colégios públicos e particulares. Fortaleza, CE.

Prática utilizada	%
Comprimidos	4,3% (n=540)
Diuréticos	2,5% (n=529)
Laxantes	8,6% (n=538)
Vômitos	6,3% (n=540)
Jejuns	18,5% (n=649)

Tabela 5. Frequência de práticas e eventos típicos de episódios de comer compulsivo entre adolescentes do sexo feminino estudantes do segundo ano do 2º grau de colégios públicos e particulares. Fortaleza, CE.

Indicadores de comer compulsivo	%
Comer sem parar até ser obrigada a parar por se sentir mal fisicamente (n=646)	10,5%
Já sentiu um incontrolável desejo de comer e comer sem parar (n=645)	39,2%
Já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (n=646)	42,6%
Sente-se culpada quando come demais (n=627)	41,5%
Teve episódios exagerados de alimentação e sente-se culpada quando come demais (n=623)	24,2%
Considera-se alguém que come compulsivamente (n=640)	13,1%

o encontrando por Nunes⁸ em Porto Alegre (3,3%). Vale ressaltar que esse estudo tomou como população as mulheres de 12 a 29 anos, enquanto o presente estudo se restringiu às adolescentes estudantes entre 14 e 20 anos – o que poderia explicar o valor significativamente menor, uma vez que certas modalidades de TCA se instalam mais tarde diamente³³. A proporção de alunas que estudam em colégios particulares e apresentam práticas de risco (33,3%; n=237) foi semelhante à proporção de mulheres que apresentaram práticas de risco no estudo de Porto Alegre ($p>0,05$), enquanto para os colégios públicos houve menor quantidade de alunas com práticas de risco do que aquela encontrada em Porto Alegre ($p<0,05$). É possível hipotetizar que, no município de Fortaleza, os ideais desejados de forma corporal sejam diferentes, em algum aspecto, entre as camadas socioeconômicas alta e baixa – o que explicaria esta diferença. Contudo, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos qualitativos de modo a possibilitar essa compreensão.

Vilela *et al*³⁴ encontraram, em uma amostra de 1.807 estudantes (7-19 anos) de ambos os sexos de escolas públicas do ensino fundamental e médio de cinco cidades do interior do estado de Minas Gerais, uma prevalência de 0,6% para a faixa do BITE de acima de 19 pontos. O resultado em Fortaleza foi superior para esta mesma faixa (1,2%), mas como Vilela *et al*³⁴ utilizaram uma faixa etária mais precoce e com pessoas do sexo masculino, a comparação direta não pode ser feita.

A literatura aponta que a ocorrência de TCA tende a aumentar com a progressão da idade³³. Comparando o resultado do BITE, indicando ocorrência de bulimia nervosa, das estudantes secundaristas de Fortaleza com estudos de prevalência realizados com amostras de universitárias, o resultado foi menor, como esperado, corroborando a literatura em vigor. Cenci *et al*²⁸ encontraram uma prevalência de 3,6% para sintomas de BN em uma amostra de 220 universitárias da UFSC. Bosi *et al*³⁵ utilizaram o BITE em 175 graduandas em psicologia e encontraram uma prevalência de 2,5% para a faixa em questão; para graduandas de educação física, Bosi *et al*³⁶ identificaram a prevalência de 2,5%, e para graduandas de nutrição, a prevalência do BITE para sintomas de BN foi maior (3,2%) em estudo com 193 universitárias³⁷.

A proporção de adolescentes apresentando práticas de risco foi maior nos grupos das que relataram se sentir “gordas” ou “muito gordas”, ratificando os achados de estudos como o de Nunes⁸, que apontam que “sentir-se gorda”, in-

dependentemente do fato de “ser gorda”, apresenta forte associação com presença de TCA.

Os comportamentos de risco encontrados não se mostraram uniformemente distribuídos entre os estratos estudados. A proporção de adolescentes em “situação de risco” e com “grande possibilidade de TA” nos colégios particulares foi superior aos colégios públicos, indicando que o fato de pertencer a um grupo social que tem condições financeiras para pagar um colégio particular é algo que diferencia para mais a frequência desses comportamentos.

A princípio, esses achados poderiam reforçar a hipótese de uma circunscrição do problema às classes mais favorecidas economicamente; contudo, os dados encontrados fortalecem a hipótese de que “ser magra” é algo desejado de forma generalizada no universo feminino adolescente, ressaltando que este “ser magra” é ter um peso considerado abaixo do normal pela literatura científica e padrões preconizados para suas respectivas alturas²⁵. Comparando-se a situação entre estudantes de colégios públicos e particulares, pode-se dizer que o desejo de ser magra é semelhante, mas as adolescentes de colégios particulares utilizam práticas inadequadas para alcançar esse desejo numa frequência maior do que as adolescentes de colégios públicos; provavelmente, pelo maior acesso a esses recursos, não raro, dispendiosos.

As adolescentes de colégios particulares, por pertencerem a um estrato socioeconômico mais alto, provavelmente têm maior acesso a informações sobre dietas e outras práticas para controlar e perder peso e, assim, são mais estimuladas a se voltarem para as práticas restritivas. O maior risco para um TCA entre elas pode estar ocorrendo devido a uma maior divulgação neste grupo dos métodos inadequados para controle de peso.

Informações vindas de fontes sem bases científicas são muitas vezes inadequadas e promovem uso de dietas não balanceadas como forma de se atingir um “corpo ideal” em curto espaço de tempo. Essas dietas e recomendações quase sempre não consideram fatores como a singularidade genética e fisiológica de cada pessoa; os possíveis danos da restrição de grupos alimentares; a forma como a adolescente irá interpretar a informação; a falta de acompanhamento especializado caso aconteça algum problema; o próprio metabolismo e distribuição da gordura corporal na adolescência; os hábitos alimentares do grupo familiar e social, entre outros³³.

A proporção de práticas alimentares de risco foi menor entre as adolescentes que declararam

ter religião. Outros estudos encontraram resultados semelhantes na relação entre saúde mental e prática religiosa como fator de proteção^{38,39}. Entre a população de jovens universitários, o “bem-estar espiritual” revelou-se como um fator de proteção para transtornos psiquiátricos menores (ansiedade, depressão, entre outros) cuja associação com os TCA já é reconhecida³⁸.

Visto que as religiões mais praticadas por essas adolescentes são as de orientação cristã, recuperar o modo como o corpo e o alimento são situados no discurso bíblico pode ser de auxílio para esclarecer o fato de que ter uma religião poder ser um fator de proteção ante o risco de ocorrência de comportamentos relacionados aos TCA. O corpo físico para os autores bíblicos é de importância secundária se comparado ao “espírito”, e a valorização da “carne” considerada algo que distancia a pessoa do paraíso cristão. Desse modo, o corpo é considerado como espaço sagrado onde habita a “alma transcendental”, não podendo ser maculado com atos pecaminosos⁴⁰. Tratar o corpo de forma mundana seria ignorar o valor do elemento sagrado que habitaria este corpo. A valorização do corpo como forma de obter atenção social e estética, ou uma automutilação através de práticas restritivas e purgativas, visando à aparência, não estaria, portanto, de acordo com o que é apresentado pela Bíblia⁴⁰ como sendo a conduta correta para um cristão. A valorização estética do corpo pode ser classificada dentro do sistema aristotélico de vícios e virtudes como sendo um “vício por excesso”, tendo sido esse vício posteriormente classificado como o “pecado capital” da vaidade pela Igreja Católica Romana⁴¹. A gula, como ato de comer não para saciar uma necessidade física caracterizada pela fome, mas sim por prazer, também é considerada pela Igreja Católica Romana como um pecado capital⁴¹.

As adolescentes que relataram comer para aliviar a ansiedade ou alguma emoção aversiva estariam, nesse referencial religioso, incorrendo em pecado, diminuindo assim os ganhos pessoais no “plano espiritual”. Para as adolescentes cristãs, é possível hipotetizar que uma preocupação excessiva com a imagem corporal, práticas restritivas (por questões estéticas ou emocionais), comportamentos alimentares compulsivos e práticas purgativas poderiam estar classificados como “pecado”. Contudo, tais afirmações demandam estudos específicos, fundamentados na metodologia qualitativa de pesquisa, que possam

examiná-las de forma mais rigorosa e aprofundar sua compreensão.

Outro achado que merece discussão é o fato de fazer dieta e restringir alimentos ser considerado como algo sem repercussões para a saúde na visão das adolescentes. A maioria das que vomitam, jejuam ou comem compulsivamente acham seus hábitos alimentares normais, sugerindo uma associação entre magreza e saúde, talvez como contraste à associação entre obesidade e doença.

Os resultados encontrados sugerem a possibilidade de que as informantes estejam utilizando as informações que chegam pela mídia de forma distorcida. Por exemplo: ao escutarem que o alimento ingerido antes de dormir não é queimado pelo organismo tanto quanto aquele que é ingerido durante o dia, elas podem não jantar por causa disso, mesmo sendo o jantar uma refeição importante; saber que a retenção hídrica aumenta o peso poderia então levá-las a evitar, ao máximo, ingerir líquidos, o que ilustra o lugar das informações veiculadas na gênese dessas práticas, tal como reconhecido na literatura³².

Apesar de as dietas restritivas serem práticas bastante difundidas pelos meios de comunicação, elas aparecem neste estudo em segundo plano, se comparadas com a prática do jejum para perder peso. Como o jejuar é não comer nada, é possível hipotetizar que as adolescentes acreditam que este método seja mais rápido para se atingir o objetivo de perder peso, independentemente das consequências posteriores.

O cálculo do IMC referido levantou um problema que merece investigação futura: praticamente metade da amostra afirmou estar com um peso que as coloca abaixo do peso normal. Considerando que o IMC referido pode ser usado de forma correspondente ao IMC real em amostras como a usada neste estudo, tem-se que muitas adolescentes podem estar abaixo do peso clínicamente recomendado. IMC abaixo de 18,5 em mulheres é um grande fator de risco para o desenvolvimento de doenças e se inscreve entre os sintomas descritos em certas modalidades de TCA, como é o caso da anorexia nervosa^{2,33}.

Por último, cabe ressaltar que os comportamentos relacionados às práticas alimentares compulsivas se mostraram numa frequência muito superior à prevalência de práticas restritivas entre as adolescentes. Tornam-se necessários outros estudos que caracterizem melhor o quadro clínico do TCAP e sua distribuição na população.

Conclusões

Os resultados apontaram, por um lado, para a possibilidade de existirem diferenças entre as crenças sociais por um corpo magro entre as classes econômicas. Ou seja, os referenciais de beleza feminina dos grupos sociais economicamente menos favorecidos podem ser divergentes dos padrões e das exigências estéticas dos grupos com melhor situação econômica. Por outro lado, apresenta-se também a possibilidade de maior dificuldade de adesão às práticas que visam ao alcance dos padrões hegemônicos, devido a restrições financeiras.

As adolescentes que exercem práticas restritivas, em sua maioria, perceberam seus hábitos alimentares como normais, o que pode estar sendo traduzido por elas como “não problemáticos”. Isto sugere que a naturalização e a banalização das práticas irregulares de alimentação tornam o comportamento nocivo, ou seja, que apresenta riscos para a saúde, algo sem maiores repercussões, fazendo com que essas adolescentes não percebam seus hábitos alimentares de risco como um problema que pode afetar a saúde. É

interessante recuperar a ideia de que a negação do risco para a saúde representado por essas práticas é algo comum entre adolescentes que apresentam algum transtorno alimentar, principalmente no caso da anorexia nervosa.

O desconhecimento das adolescentes sobre as consequências dessas práticas de risco pode estar contribuindo para essa banalização. E aqui está o grande problema e, talvez, um desafio posto aos profissionais de saúde e de educação que trabalham com as adolescentes: promover uma revisão crítica sobre os valores estéticos impostos pela mídia, e uma orientação nutricional que promova a saúde, desenvolvendo ações que se contraponham aos mecanismos simbólicos por meio dos quais se difundem os valores e ideais que sustentam tais práticas, o que implica os planos macro e microsocial.

Futuros estudos qualitativos, fundamentados em uma tradição crítico interpretativa, poderiam clarificar melhor como a religiosidade e o estudar em colégios públicos, dentre vários outros aspectos, se configuram como fatores de proteção ou de risco para a instalação de TCA na população estudada.

Colaboradores

AMO Vale participou na elaboração da metodologia, coleta e análise dos dados, redação do esboço inicial do artigo; LRS Kerr participou na elaboração da metodologia, coleta e análise dos dados e redação do artigo; MLM Bosi participou na fundamentação e revisão da análise e na redação final do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Prof^a. Dra. Shirley Prado pela leitura da versão preliminar do texto e pelas sugestões encaminhadas.

Referências

1. Marcondes JAM. *Fome de cão*. São Paulo: Maltese; 1993.
2. Cordás TA. *Avaliação da eficácia terapêutica de dois modelos de atendimento em bulimia nervosa* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.
3. Ferriani MGC, Dias TS, Silva KZ, Martins CS. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5(1):27-33.
4. Oliveira FP, Bosi MLM, Vigario OS, Vieira RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Rev Bras Med Esporte* 2003; 9(6):348-356.
5. Benetti M, Lago C, organizadores. *Metodologia de pesquisa em jornalismo*. Petrópolis: Vozes; 2007.
6. Schwartz MB, Brownell KD. Body image and obesity. *Body Image* 2004; 1:43-56.
7. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361(9355):407-416.
8. Nunes MA. *Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 21 anos em Porto Alegre*. Porto Alegre: Universidade Federal de Pelotas; 1997.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
10. Chambers RA. Drunkorexia. *J Dual Diagn* 2008; 4(4):414-416.
11. Donini L, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord* 2005; 10:28-32.
12. Camargo TPP, Costa SPV, Uzunian LG, Viebig RF. Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. *Rev Bras Med Esporte* 2008; 2(1):1-15.
13. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr* 2001; 14(Suppl.):3-6.
14. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, organizadores. *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
15. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, 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 Saude Publica* 2008; 24:503-512.
16. Pereira EF, Graup S, Lopes AS, Borgatto AF, Daronco LSE. Percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis socioeconômicos na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2009; 9(3):253-262.
17. Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Insatisfação com a imagem corporal e sua relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev Psiquiatr RS*. No prelo, 2010.
18. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa M. Comportamentos de risco e fatores associados para transtornos do comportamento alimentar entre estudantes de nutrição do município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(2):127-130.
19. Bosi MLM, Luiz RR, Costa M, Morgado CMC. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(1):34-40.
20. Bosi MLM, Luiz RR, Uchimura KY, Oliveira FP. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57:28-33.
21. Bosi MLM, Uchimura KY, Luiz RR. Eating behavior and body image among psychology students. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58:150-155.
22. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: Opas; 2003.
23. Maranhão Neto GA, Polito MD, Lira VA. Fidedignidade entre peso e estatura reportados e medidos e a influência do histórico de atividade física em indivíduos que procuram a prática supervisionada de exercícios. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(2):141-145.
24. Fonseca MJM, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Rev Saude Publica* 2004; 38(3):392-398.
25. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *WHO Technical Report Series 854*. Geneva: World Health Organization; 1995.
26. Cordás TA, Hochgraf PB. Instrumento para avaliação da bulimia nervosa: versão para o português. *J Bras Psiquiatr* 1993; 42:141-144.
27. Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia. The BITE. *Br J Psychiatry* 1987; 50:18-24.
28. Cenci M, Peres KGA, Vasconcelos, FAG. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Rev Psiq Clin* 2009; 36:83-88.
29. Coqueiro RS, Petroski EL, Pelegrini E, Barbosa AR. Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2008; 30(1):31-38.
30. Laus MF, Moreira RCM, Costa TMB. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2009; 31(3):192-196.
31. Elias LR, Tatmatsu DIB. Proposta de Protocolo de Psicologia na Cirurgia Bariátrica. In: Starling RR, organizador. *Sobre comportamento e cognição*. Santo André (São Paulo): ESETec Editores Associados; 2007. v. 19.
32. Andrade A, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev Nutr* 2003; 16(1):117-125.
33. Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchaim AL, Coutinho W, organizadores. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

34. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti FMA, Barros NJR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr* (Rio J.) [serial on the Internet] 2004 fev [citado 2010 ago 29]; 80(1):49-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000100010&lng=en
35. Bosi MLM, Uchimura KY, Luiz RR. Eating behavior and body image among psychology students. *J Bras Psiquiatr* [serial on the Internet] 2009 [citado 2010 ago 29]; 58(3):150-155. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-2085200900030002&lng=en
36. Bosi MLM, Luiz RR, Uchimura KY, Oliveira FP. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *J Bras Psiquiatr* [serial on the Internet] 2008 [citado 2010 ago 29]; 57(1):28-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100006&lng=en
37. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição no Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr* 2006; (55):108-113.
38. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saude Publica* 2003; 37(4):440-445.
39. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):43-55.
40. *Biblia Sagrada*. São Paulo: Ave Maria; 1986.
41. Chauí M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática; 1999.

Artigo apresentado em 10/02/2010
Aprovado em 20/05/2010
Versão final apresentada em 12/07/2010