

Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes de Minas Gerais (Brasil)

Association of body image and eating disorders in adolescents in Minas Gerais (Brazil)

Pizetta Zordão, Olivia³; Barbosa, Andréia¹; Sant'Ana Parisi, Tizziane¹; Marciano Grasselli, Cristiane da Silva¹; Alves Nogueira, Denismar²; Ribeiro Silva, Roberta¹

1 Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), Alfenas, MG, Brasil.

2 Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), Alfenas, MG, Brasil.

3 Departamento de Alimentos e Nutrição, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Araraquara, SP, Brasil.

Recibido: 1/agosto/2014. Aceptado: 15/junio/2015.

RESUMO

Introdução: Durante a adolescência as transformações biológicas e de personalidade acontecem simultaneamente, assim, juntamente com o corpo, a imagem mental também se modifica, logo, a adolescente começa a idealizar uma imagem corporal ideal não correspondente à sua imagem corporal real.

Objetivo: Verificar a associação entre a distorção da imagem corporal e os distúrbios de conduta alimentar em adolescentes.

Métodos: O trabalho foi do tipo transversal, com 335 alunas de escolas públicas. Dados coletados: peso, estatura, índice de massa corporal, informações socioeconômicas, frequência alimentar, Teste de Atitudes Alimentares (EAT), escala de figuras de silhueta e escala de estadiamento da puberdade. A associação da imagem corporal e atitudes alimentares foi avaliada por teste de qui-quadrado.

Resultados: A idade média das adolescentes foi de 14,49 anos, a idade média da menarca foi entre 9 e

12 anos e o IMC médio de 21,19 kg/m². A classificação do estado nutricional no estágio púbere de maturação sexual em relação às mamas e aos pelos púbicos, mostrou que em torno de 65% delas estavam eutróficas. A insatisfação pelo excesso de peso correspondeu a 48,4% da amostra e 23,3% a suscetibilidade ao desenvolvimento de distúrbios de conduta alimentar. Mais de um quarto das adolescentes que apresentaram distorção da imagem corporal, também se apresentaram suscetíveis ao desenvolvimento de distúrbios da conduta alimentar ($p < 0,001$).

Discussão: A amostra estudada neste trabalho mostrou que há um número significativo de excesso de peso, o que pode ser fator para o desenvolvimento de distúrbios da conduta alimentar e de distorção da imagem corporal.

Conclusão: Os resultados sugerem que houve um número significativo de adolescentes que apresentaram a associação de dois fatores prejudiciais à saúde, sendo estes a distorção da imagem corporal e a suscetibilidade ao desenvolvimento de distúrbios de conduta alimentar.

DESCRITORES

Dismorfia corporal, Disfunção alimentar, puberdade, alterações na personalidade.

Correspondencia:
Roberta Ribeiro Silva
roberta.silva@unifal-mg.edu.br

ABSTRACT

Introduction: During adolescence biological and personality changes occur simultaneously, so, along with the body, the mental image also changes, so the teenager begins to devise an ideal body image does not correspond to their actual body image. To assess the association between body image distortion and eating behavior disorders in adolescents.

Methods: The study was cross-sectional, with 335 public school students. Data collected: weight, height, body mass index, socioeconomic information, food frequency, Eating Attitudes Test (EAT), scale silhouette figures and puberty bone pain. The association of body image and eating attitudes were evaluated by chi-square test.

Results: The mean age of the adolescents was 14.49 years, the average age of menarche was between 9 and 12 years and the mean BMI of 21.19 kg / m². The Nutritional status in the pubertal stage of sexual maturation in relation to the breasts and pubic hair, showed that around 65% were normal weight. Dissatisfaction by excess weight accounted for 48.4% of the sample and 23.3% susceptibility to the development of eating behavior disorders. More than a quarter of adolescents who had a distorted body image, also presented themselves susceptible to the development of eating behavior disorders (p <0.001).

Discussion: The sample in this study has shown a significant number of overweight, which can be a factor for the development of eating behavior disorders and body image distortion.

Conclusion: The results suggest that there was a significant number of adolescents who presented the association of two factors detrimental to health, which are the body image distortion and susceptibility to the development of eating behavior disorders.

KEYWORDS

Body dysmorphia, food dysfunction, puberty, changes in personality.

ABREVIATURAS

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

EAT: Teste de Atitudes Alimentares.

PICR: Percepção da Imagem Corporal Real.

PICI: Percepção da Imagem Corporal Ideal.

IMC: Índice de Massa Corporal.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

EER: Necessidade Energética.

VET: Valor Energético Total.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO)¹, a adolescência é marcada pelo crescimento e desenvolvimento acelerado. Trata-se de uma fase da vida marcada por profundas mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, que requerem adaptações para a adoção de novas práticas, comportamentos e autonomia para a vida adulta^{2,3}.

Branco et al.⁴, observaram que na adolescência as transformações biológicas e as alterações na personalidade ocorrem juntas e assim, juntamente com o corpo, a imagem mental também se altera, logo, a adolescente começa a idealizar uma imagem corporal ideal não correspondente à sua imagem corporal real.

Nas sociedades afluentes, ao mesmo tempo em que se observa uma oferta abundante de alimentos de alto teor energético e de rápido consumo, a vida cotidiana é cada vez mais sedentária, tornando mais penosa à tarefa de manter o corpo magro. Modelos e atrizes de sucesso, representantes dos padrões ideais de beleza feminina, são extremamente magras e muitas vezes apresentam um corpo de pré-adolescente com formas pouco definidas⁵.

A mídia tem grande influência sobre essa população. Segundo Branco et al.⁶, Diniz⁷ e Monteiro et al.⁸, além da mídia, fatores biológicos, psicológicos, familiares, insatisfação corporal e o desejo por um corpo perfeito influenciavam as adolescentes, que passam a não se alimentar corretamente e podem seguir dietas inapropriadas. Esses comportamentos causam desequilíbrios em seus organismos, aumentando assim o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares.

Associada aos transtornos alimentares está à percepção corporal, levando em consideração a vontade de algumas adolescentes buscarem corpos semelhantes àqueles mostrados pela mídia, onde a magreza é essencial como padrão de beleza^{9,10,11}.

Os transtornos alimentares têm crescido nas últimas décadas, afetando diferentes países, culturas e grupos

socioeconômicos, a ponto de serem reconhecidos como um dos principais problemas de saúde pública¹². A preocupação exagerada com o peso e com a imagem corporal induz as pacientes a chegarem a um corpo idealizado por métodos impróprios optando por dietas exageradamente restritivas e prejudiciais à saúde^{13,14}. Segundo Laghi et al.¹⁵, trata-se de um comportamento frequente durante a adolescência.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a relação entre a distorção da imagem corporal e os distúrbios de conduta alimentar em adolescentes do sexo feminino na cidade de Alfenas-MG.

MÉTODOS

O trabalho foi do tipo transversal, a população-alvo constituiu-se de indivíduos do sexo feminino entre 10 e 19 anos, adolescentes (OMS), de escolas da rede pública de Alfenas no decorrer de 2011 e 2012.

O estudo foi realizado em sete escolas da rede pública de Alfenas com uma amostra estratificada de 335 adolescentes, calculada estatisticamente. A amostragem foi realizada de forma aleatória, com sorteio simples das salas e a unidade amostral dentro das salas de aula.

O protocolo de pesquisa (nº 110/2011) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos pais ou responsáveis de cada adolescente incluída na investigação, assegurando-se o anonimato das informações.

Como critérios de exclusão do estudo foram considerados: estudantes menores de 10 anos ou com idade maior ou igual a 19 anos, questionários não preenchidos corretamente, ou que não assinaram o TCLE.

Foi aplicado um questionário de anamnese clínica, contendo informações socioeconômicas, frequência de consumo alimentar, o Teste de Atitudes Alimentares (EAT) e escala de figuras de silhuetas. As adolescentes foram submetidas à avaliação antropométrica e à avaliação da escala de estadiamento da puberdade padronizado por Tanner¹⁶.

A anamnese foi desenvolvida para a avaliação socioeconômica, frequência de consumo alimentar, suscetibilidade ao desenvolvimento de distúrbios da conduta ali-

mentar, distorção da imagem corporal e maturação sexual. O questionário de avaliação socioeconômica foi elaborado com a finalidade de ser objetivo, fácil de ser respondido e entendido pelo entrevistado, ser simples e conter perguntas sobre condições de moradia, higiene básica, família, renda, entre outras.

O questionário de frequência alimentar é um método que consiste em uma lista de alimentos, com questões sobre frequência de consumo de cada alimento (diariamente, 1 a 2 vezes/semana, 3 a 4 vezes/semana, mais que 4 vezes/semana, raramente e nunca). Para definição da lista devem-se considerar os hábitos alimentares da população a ser estudada e contemplar os alimentos mais consumidos. O questionário de frequência alimentar foi validado em função da população avaliada, por Slater et al.¹⁷.

Para avaliar a distorção da imagem corporal, foi utilizada a escala de figuras de silhuetas proposta por Stunkard et. al¹⁸, que consiste num conjunto de nove silhuetas de cada gênero, com variações progressivas na escala de medida, da figura mais magra (silhueta 1) a mais larga (silhueta 2). A aplicação do método psicométrico ("escolha") consiste em solicitar ao indivíduo que escolha uma silhueta dentre as dispostas em série ordenada ascendente, que melhor representasse a silhueta de seu próprio corpo no momento (Percepção da Imagem Corporal Real – PICR). A seguir, o indivíduo indica a silhueta que acredita ser mais condizente com sua aparência corporal ideal (Percepção da Imagem Corporal Ideal - PICI)¹⁸.

Para a avaliação da satisfação corporal (imagem corporal), subtraiu-se da aparência corporal real a aparência corporal ideal, podendo esse número variar de -8 até +8. Caso essa variação fosse igual à zero, o indivíduo era classificado como satisfeito. Caso a diferença fosse positiva, considerava-se uma insatisfação pelo excesso de peso e, quando negativa, uma insatisfação pela magreza¹⁸.

O Teste de Atitudes Alimentares indica a presença de padrões alimentares anormais e fornece um índice de gravidade de preocupações típicas de pacientes com transtorno alimentar, particularmente, intenção de emagrecer e medo de ganhar peso¹⁹. Ele foi originariamente desenvolvido para avaliar atitudes e comportamentos típicos de pacientes com anorexia nervosa. Essa escala diferencia pacientes anoréxicos dos controles e também diferencia pacientes bulímicos dos controles. A análise fatorial de seus 40 itens resultou numa

versão resumida, agora com 26 itens, o EAT-26 validado para o Brasil e traduzido para o português por Bighetti & Ribeiro²⁰.

Cada questão apresenta seis opções de resposta, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha (sempre= 3 pontos, muitas vezes= 2 pontos, às vezes= 1 ponto, poucas vezes, quase nunca, e nunca= 0 ponto). A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25, sendo que para as respostas mais sintomáticas (sempre, muitas vezes e às vezes) não são aplicados pontos e para as alternativas poucas vezes, quase nunca e nunca, são conferidos 1, 2 e 3 pontos. Considerou-se com sintomas de distúrbio de conduta alimentar, as estudantes que apresentaram escore maior que 21 pontos (EAT+)²⁰.

Foi realizada a avaliação antropométrica das adolescentes, com a aferição do peso e da estatura e posterior cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), sendo classificado de acordo com a curva de IMC por idade da Organização Mundial de Saúde²¹. Para aferição do peso das alunas foi utilizada balança eletrônica (KRATOS-CAS). Cada adolescente ficou de pé no centro da base da balança, descalça, sem adornos, com roupas leves, de forma ereta, com os pés juntos, braços juntos ao corpo e olhando para o horizonte¹.

A estatura foi medida com um estadiômetro móvel (ALTUREXATA). As alunas se encontravam em pé, descalças, com os calcanhares juntos, costas eretas, sem adornos na cabeça e braços estendidos ao lado do corpo¹.

O IMC é um índice simples de peso/estatura, utilizado para classificação do estado nutricional. A OMS²¹ classifica o estado nutricional por escores de acordo com IMC em adolescentes, e por meio dessas faixas de variação são feitas associações com risco de comorbidades.

O estadiamento da puberdade foi realizado de forma autoavaliativa pelas adolescentes, em duas etapas: mamas (M), avaliadas pelo tamanho, e pelos (P), avaliados por sua distribuição e quantidade. O estágio 1 corresponde sempre à fase infantil, impúbere, e o estágio 5 à fase pós-puberal, adulta. Portanto, são os estágios 2, 3 e 4 que caracterizam o período puberal. Convencionou-se chamar esses estágios de estágios de maturação sexual ou estágios de Tanner.

A maioria das adolescentes não diverge entre os dois componentes do estadiamento mais do que em um es-

tágio, mas situações como M3P1 (mamas classificadas no estágio 3 e pelos no estágio 1), embora raras, são vistas em adolescentes geralmente normais. No entanto, diferenças importantes também pode ser sinal de patologia²².

No processamento e análise estatística dos dados, as informações coletadas foram codificadas e posteriormente digitadas (dupla entrada). Os arquivos foram comparados e as divergências detectadas foram corrigidas. Foram utilizados os softwares EpiData (versão 3.2), para a entrada dos dados e o SPSS Statistics 19, para a análise estatística das variáveis e suas associações. As análises categóricas foram realizadas utilizando-se o teste do qui-quadrado em nível de 5%.

RESULTADOS

As características gerais da população e de algumas das variáveis estudadas estão nas tabelas 1 e 2, respectivamente. O nível de escolaridade do grupo estudado é o segundo grau incompleto, sendo todas as adolescentes (n=335) de escolas da rede pública de ensino da cidade de Alfenas, Minas Gerais. A maioria das estudantes se encontravam eutróficas²¹, não faziam uso de anticoncepcional e a idade da menarca foi entre 9 e 12 anos. Além disso, a renda familiar predominante estava entre 1 a 2 salários mínimos e cinco ou mais pessoas residiam em uma mesma casa.

Com base nas respostas do questionário de auto avaliação da maturação sexual, observou-se que 66,0% das adolescentes estavam classificadas como púberes em relação à autoavaliação das mamas e 70,0% em relação aos pelos púbicos. Assim, apenas 0,9% e 9,3% classificadas como impúberes e pós-púberes, respectivamente, quando avaliadas em relação às mamas, e 33,0% e 20,5% classificadas como impúberes e pós-púberes, respectivamente, quando avaliadas em relação aos pelos púbicos.

A classificação do estado nutricional mostrou que das 220 adolescentes que estavam na puberdade segundo estágio das mamas, 147 estavam eutróficas, 28 estavam com baixo peso e 45 com excesso de peso. Das 110 que estavam no período pós-púbere, 62 se encontravam eutróficas, 5 baixo peso e 43 com excesso de peso. Das 3 que estavam no período impúbere, 1 estava eutrófica, 1 baixo peso e 1 com excesso de peso²¹.

Analisando-se o estado nutricional das adolescentes segundo estágio dos pelos púbicos, em relação as que estavam na fase puberal (n=232), pode-se encontrar

Tabela 1. Características gerais das adolescentes das escolas públicas de Alfenas, MG.

		N	%
Uso de anticoncepcional	Sim	49	15,0
	Não	277	85,0
Idade da menarca	9-12 anos	216	76,1
	13-16 anos	68	23,9
Raça	Branca	138	41,2
	Parda	136	40,6
	Preta	42	12,5
	Amarela	11	3,3
	Indígena	8	2,4
Densidade domiciliar	Duas	16	4,80
	Três	62	18,6
	Quatro	104	31,2
	Cinco ou mais	151	45,3
Renda familiar (salários mínimos)	Até 1 salário	66	20,0
	De 1 a 2 salários	158	48,0
	De 2 a 5 salários	71	21,6
	De 5 a 10 salários	22	6,7
	Mais que 10 salários	7	2,3
Moradia	Nenhuma renda	5	1,5
	Casa própria	248	72,9
	Alugada	74	21,8
	Cedida	18	5,3
Água corrente	Sim	281	93,7
	Não	19	6,3
Coleta de lixo	Sim	258	86,0
	Não	42	14,0

Tabela 2. Médias das variáveis biológicas de adolescentes das escolas da rede pública de Alfenas, Minas Gerais.

	Média ± Desvio padrão
Idade (anos)	14,49 ± 1,82
IMC (kg/m ²)	21,19 ± 4,03
EER (kcal/dia)	2026,13 ± 167,16
Peso (kg)	54,37 ± 11,49
Estatura (metros)	1,60 ± 0,06

que 148 encontravam-se eutróficas, 26 com baixo peso e 58 com excesso de peso. Das 31 que estavam na fase impúbere, 25 estavam eutróficas e 6 acima do peso. Das 68 que mostraram estar no período pós-púbere, 36 estavam eutróficas, 9 com baixo peso e 26 com excesso de peso²¹.

Como resultado da escala de figuras de silhueta, pôde-se observar que 48,4% das adolescentes apresentavam-se insatisfeitas pelo excesso de peso e 51,6% estavam satisfeitas com o peso ou insatisfeitas pela magreza.

O Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) aplicado demonstrou que 23,28% das alunas se encontravam suscetíveis ao desenvolvimento de distúrbios de conduta alimentar.

De acordo com a relação da influência da imagem corporal sobre os transtornos alimentares, 28,4% das adolescentes que apresentaram distorção da imagem corporal, também se apresentaram suscetíveis ao desenvolvimento de distúrbios da conduta alimentar ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Estudos apontam que diversos fatores influenciam e determinam o desenvolvimento da imagem corporal e predisõem a transtornos alimentares. Em relação à raça Gitau et al.²³ demonstraram que adolescentes brancos apresentaram maior auto-estima, melhor IMC e menor risco a transtornos alimentares. Portanto, as diferenças étnicas e culturais influenciam as atitudes e comportamentos dos adolescentes.

Um outro fator destacado seria o período inicial da puberdade, quando as alterações morfológicas e psicossociais são mais evidentes, o que reflete na preocupação com a imagem corporal²⁴.

No entanto, Alvarenga et al.²⁵ relataram que os transtornos alimentares independem de renda, do estado nutricional e escolaridade. Em seu estudo, encontraram que universitárias brasileiras apresentaram alta frequência de comportamentos de risco para transtorno alimentar em todas as regiões do país.

Os resultados mostraram que poucas adolescentes tiveram diagnóstico de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) em relação à fase impúbere, tanto para mama como para pelos. Entretanto, este diagnóstico pode estar mascarado pelo processo de repleção energética, necessária e natural nessa fase de desenvolvimento.

Neste estudo, a grande maioria ou mais de dois terços da população-alvo encontrava-se na fase puberal. Os achados também mostraram que em torno de um quarto das adolescentes na fase da puberdade tinha algum desvio nutricional (baixo peso ou excesso de peso), respectivamente em relação ao desenvolvimento das mamas e dos pelos. Essa prevalência de desvio nutricional em relação ao excesso de peso pode ser explicada por Albano¹⁰, que apontou um aumento do consumo energético, nesta fase, em adolescentes do sexo feminino. Este aumento poderia chegar a 123,2% do valor energético total adequado (VET).

Durante a fase puberal há um maior acúmulo de gordura. Além disso, essa fase também é uma fase da vida onde as adolescentes estão mais vulnerável a opiniões alheias, o que pode levar a transtornos alimentares, pela constante preocupação com a imagem corporal²⁶. Os achados evidenciam um problema de saúde, já que a obesidade está cada vez mais presente na vida das crianças e adolescentes, principalmente na América Latina e está associada à presença de doenças crônicas não transmissíveis²⁷.

Poucas adolescentes foram classificadas como baixo peso no início da fase púbere. Esse diagnóstico deve ser analisado com critério, já que as mesmas se encontravam no momento fisiológico de estirão²⁸.

Considerando o estágio pós-púbere, 7% e 13% das adolescentes foram diagnosticadas com excesso de peso em relação ao desenvolvimento de pelos e mamas respectivamente. O excesso de peso pode ter influenciado na distorção da imagem corporal e na suscetibilidade a distúrbios de conduta alimentar, como já foi anteriormente observado⁶.

Ainda no estágio pós-púbere, 10% estavam desnutridas em relação ao desenvolvimento mamário. Essas voluntárias apresentaram satisfação com a sua imagem corporal, ou seja, mesmo estando abaixo do peso recomendado para a idade²¹ as mesmas se viam com um corpo ideal. Assim, ficaram evidentes os sinais de distorção da imagem corporal.

Wilson e Foster²² afirmaram que adolescentes devem manter, se possível, o IMC dentro da faixa de 21,8 kg/m² a 23,4kg/m². O IMC médio das adolescentes do presente estudo estava abaixo da faixa recomendada pelos autores²² (mais próximo ao limite inferior), e mesmo assim havia um número considerável de meninas com sinais de presença de transtornos alimentares e com o desejo de estarem ainda mais magras.

Grande parte das adolescentes desse estudo considerou um corpo magro como ideal. Pelo menos metade das meninas relatou possuir o desejo de estar conforme a silhueta 3, idealizada como magra. Como base de discussão verificou-se que somente um terço do total de adolescentes consultadas se via neste corpo idealizado (silhueta 3). Segundo Petroski²⁹, as meninas tem uma maior vontade de estarem com a silhueta menor do que as que realmente apresentam.

Essa preocupação com o corpo ideal, no qual a magreza é preconizada, pode ser confirmada com base na

observação de vários outros estudos³⁰⁻³² que mostraram que fatores externos como mídia, familiares e amigos estimulam as adolescentes se sentir gordas ou desproporcionais mesmo estando no peso adequado ou abaixo dele e quanto mais este corpo se distanciar do real, maior será a possibilidade de conflito, comprometendo sua autoestima^{32,33}.

Evidências têm demonstrado aumento na prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. Da mesma forma, o número de casos de anorexia e bulimia nessa fase também tem aumentado⁴. A amostra estudada neste trabalho mostrou que há um número significativo de excesso de peso, o que pode ser fator para o desenvolvimento de distúrbios da conduta alimentar e de distorção da imagem corporal.

Os resultados encontrados podem ser comparados a outro estudo feito no Rio Grande do Sul, onde do total de 325 adolescentes, 246 (75,8%) estavam insatisfeitas com a sua imagem corporal³⁴. Em São Paulo também foi observado em estudantes adolescentes que 49,4% delas apresentarem insatisfação com a imagem corporal principalmente em indivíduos que apresentaram percepção de sobrepeso e obesidade⁶.

Estudos demonstram que um alto nível de insatisfação com o corpo pode significar uma ameaça para o bem-estar e, que os adolescentes que estão mais insatisfeitos com a sua aparência física, apresentam um risco aumentado de sofrer depressão, transtornos alimentar e baixa auto-estima³⁵. Ferreira et al.³⁶ observaram que em adolescentes que possuíam uma relação mais compassiva com seu próprio corpo tinham níveis mais baixos de insatisfação com a imagem corporal e menor envolvimento com desordens no comportamento alimentar.

Quanto ao desenvolvimento de distúrbios de conduta alimentar, quase um quarto das adolescentes participantes da pesquisa apresentavam-se suscetíveis a esses, corroborando com o estudo conduzido em adolescentes do estado do Rio Grande do Sul, onde a prevalência da suscetibilidade a tais distúrbios foi de 26,6%³⁴.

Os dados desta pesquisa podem ser comparados ao estudo de Jesus et al³⁷, realizado em escolas da rede pública, com adolescentes do sexo feminino, onde para 17,2% observou-se associação entre os transtornos alimentares e distorção da imagem corporal. Scherer et. al³⁴ encontraram associação de 65,2% e Damasceno³⁸ encontrou uma associação de 11,2%.

No Japão, uma revisão bibliográfica quantitativa revelou resultados que sugerem que o distúrbio da ima-

gem corporal tem sido um problema de saúde pública relevante. Tais estudos confirmam a existência da relação entre o distúrbio da imagem corporal e transtornos alimentares³⁹. Outro estudo realizado no Canadá, McGee e colaboradores⁴⁰ também mostraram que mulheres com perfis perfeccionistas de auto apresentação e insatisfeitas com a própria imagem tiveram maiores chances de desenvolver distúrbios alimentares.

Clarck et al.⁴¹ mostrou associação entre compulsão alimentar e imagem corporal, e verificaram que mulheres obesas com compulsão estavam mais insatisfeitas com seus corpos do que as mulheres obesas sem compulsão.

Estudo que comparou mulheres com e sem distúrbio no comportamento alimentar observou que em ambos os grupos a prevalência da insatisfação corporal é elevada, mostrando que há uma necessidade de que haja atenção para ambos os transtornos⁴². Em estudo recente pode-se observar uma relação direta entre a insatisfação com a imagem corporal e a restrição alimentar, além da relação direta dessa insatisfação com a alimentação compensatória, o que pode ser indício de transtornos alimentares⁴³.

A insatisfação com a imagem corporal, os transtornos alimentares devem receber atenção especial dos governos, da família, escola. Políticas e programas devem ser desenvolvidos para assistência a esse público. Medidas de prevenção e tratamento devem ser priorizadas a fim de garantir a saúde dessas adolescentes no Brasil e no mundo.

CONCLUSÃO

A maioria das adolescentes apresentou uma auto percepção da imagem corporal que não correspondia com seu estado nutricional real. As adolescentes mais insatisfeitas foram as que apresentaram percepção de sobrepeso e obesidade. O trabalho mostrou que a distorção da imagem corporal determina à suscetibilidade de desenvolver distúrbios de conduta alimentar entre as adolescentes pesquisadas.

A assistência às adolescentes é fundamental, pois nessa fase de crescimento e desenvolvimento a presença desses dois fatores é prejudicial à saúde e deve ser apreciada pelos profissionais que atendem adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos voluntários e a Fundação de Amparo e Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO), Physical status: The use and interpretation of anthropometry, Geneva: WHO, 1995. (WHO technical Report Series, n. 854).
2. Mäkinen M, Marttunen M, Komulainen M, Terevnikov V, Viertomies LRP, Aalberg V and Lindberg N. Development of self-image and its components during a one-year follow-up in non-referred adolescents with excess and normal weight. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2015 9:5.
3. Vasters GP, Pilon SC. Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment adherence and dropout. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2):317-24.
4. Branco LM, Hilário MOE, Cintra IP, Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev Psiq Clín*, 2006; 33(6): 292-6.
5. Nunes MAA, Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1998.
6. Branco LM, Cintra IP, Fiberg M, Adolescente gordo ou magro: realidade ou fantasia? *Nutr Bras (São Paulo)*, 2006;5(4):189-94.
7. Diniz ZMAM, Transtornos Alimentares: Epidemiologia, Etiologia e Classificação. *Nutrição Profissional (São Paulo)*, 2007;11(1): 12-20.
8. Monteiro LA, Novaes JS, Santos ML, Fernandes HM. Body Dissatisfaction and Self-Esteem in Female Students Aged 9–15: The Effects of Age, Family Income, Body Mass Index Levels and Dance Practice. *Journal of Human Kinetics*. 2014;43:25-32.
9. Rodrigues AM, Fisberg M, Cintra IP, Avaliação do estado nutricional, prevalência de sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa e percepção corporal de modelos adolescentes brasileiras. *Nutr Bras (São Paulo)*, 2005; (4): 182 -7.
10. Albano RD, Souza SB, Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. *J Pediatr (Rio J)*, 2001;77 (6): 512-6.
11. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA, Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*, 2004;31(4): 154-6.
12. Costa LCF, Vasconcelos FAG, Peres KG. Influence of biological, social and psychological factors on abnormal eating attitudes among female university students in Brazil. *J Health Popul Nutr*. 2010 Apr; 28(2): 173–181.
13. Claudino AM, Borges MBF, Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr (São Paulo)*, 2002;24 (supl. 3): 7-12.
14. Williamson DA, Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa. New York: Pergamon Press, 1990.
15. Laghi F, Pompili S, Baumgartner E and Baiocco R. The role of sensation seeking and motivations for eating in female and male adolescents who binge eat. *Eating Behaviors*, 2015;(17): 119–124.
16. Tanner JM, Growth at adolescence. Oxford: Blackwell, 1962.
17. Slater B, Philippi ST, Fisberg RM, Latorre MR, Validation of a semi-quantitative adolescent food frequency questionnaire applied at a public school in Sao Paulo, Brazil. *Eur J Clin Nutr*, 2003; 57(5):629-35.
18. Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F, Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Mat-thyssen SW. The genetics of neurological and psychiatric disorders. New York: Raven, 1983; 115-20.
19. Magalhães VC, Mendonça GAS, Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopercebíveis. *Rev Bras Epidemiol (São Paulo)*, 2005; 8(3): 1-7.
20. Bighetti F, Ribeiro RPP, Tradução e validação do eating attitudes test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. Dissertação (Mestrado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.
21. Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J, Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bul. World Health Org*, 2007;85 (9): 660-7.
22. Wilson DJ, Foster DW, Tratado de Endocrinologia. 7ª edição, São Paulo: manole, 1998.
23. Gitau TM, Micklesfield LK, Pettifor JM, Norris AS Changes in Eating Attitudes, Body Esteem and Weight Control Behaviours during Adolescence in a South African Cohort. *J Child Adolesc Ment Health*. 2014;26(3):193-205.
24. Miranda VPN et al, Imagem corporal em diferentes períodos da adolescência, *Rev Paul Pediatr*, 2014; 32(1): 63-9.
25. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST, Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Rev Psiq Clín*, 2011;38(1):3-7.
26. Conti MA, Frutuoso MFP, Gambardella AMD, Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Rev Nutr (Campinas)*, 2005;18(4): 491-7.
27. Balaban G, Silva GAP, Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. *J Pediatr (Rio J)*, 2001; 77(2): 96-100.
28. Pasquarelli BN, Silva VO, Bismarck-Nasr EM, Loch MR, Leão-Filho IB, Estágio de maturação sexual e excesso de peso corporal em escolares do município de São José dos Campos, SP. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 2010;12(5): 338-44.
29. Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF, Insatisfação corporal em adolescentes. *Motricidade*, 2009;5(4): 13-25.
30. Fleitlich BW, Larino MA; Cabelo A, Cordás TA, Anorexia nervosa na adolescência. *J Pediatr (Rio J)*, 2000;76(supl.3): 323-9.
31. Martinez-Gonzalez MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, Irala-Estevez J, Cervera S, Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 2003;111(2):315-20.
32. Serra GMA, Santos LM, Saúde e mídia na construção da obesidade e corpo perfeito. *Cien Saude Colet*, 2003;8(3): 691-701.

33. Chipkevitch E, O adolescente e o corpo. *Pediatr mod*, 1987; 22(6/7): 231-3.
34. Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL, Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares *J Bras Psiqu*, 2010;59(3):198-202.
35. Vries DA, Peter J, Graaf H and Nikken P. Adolescents' Social Network Site Use, Peer Appearance-Related Feedback, and Body Dissatisfaction: Testing a Mediation Model. *J Youth Adolescence*, 2015;44(4).
36. Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C, Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 2013; (14): 207-10.
37. Jesus KFG, Oliveira GL, Perini TA, Cardoso FB, Jesus GB, Avaliação da satisfação com a auto-imagem corporal e presença de transtornos alimentares entre adolescentes escolares de ambos os sexos. *Rev Ulbra e Movimento (REFUM)*, 2010;1(2): 23-40.
38. Damasceno ML, Schubert A, Oliveira AP, Sonoo CN, Vieira JLL, Vieira LF, Associação entre comportamento alimentar, imagem corporal e esquemas de gênero do autoconceito de universitárias praticantes de atividades físicas. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, 2011;16(2): 138-43.
39. Chisuwa N, O'Dea JA, Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 2010;54: 5-15.
40. McGee BJ, Hewitt PL, Sherry SB, Parkin M, Flett GL, Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*, 2005;2: 29-40.
41. Clark MM, Forsyth LH, Lloyd-Richardson EE, King TK, Eating Self-Efficacy and Binge Eating Disorder in Obese Women. *J Appl Behav Res*, 2000;5 (2): 154-61.
42. Coker E, Abraham S, Body weight dissatisfaction: A comparison of women with and without eating disorders. *Eating Behaviors*, 2014;(15): 453-9.
43. Brechan I, Kvale IL, Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 2015; (17): 49-58.