

Comportamentos de risco para transtornos alimentares e sintomas depressivos: um estudo com jovens do sexo feminino de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Risk behaviors for eating disorders and depressive symptoms: a study of female adolescents in Juiz de Fora, Minas Gerais State, Brazil

Comportamientos de riesgo en trastornos alimentarios y síntomas depresivos: un estudio de mujeres jóvenes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Leonardo de Sousa Fortes ^{1,2}
Juliana Fernandes Filgueiras ²
Maria Elisa Caputo Ferreira ²

Abstract

The objective of this study was to analyze the relationship between depressive symptoms and eating disorders in female adolescents. The sample included 371 girls ranging from 12 to 16 years of age in Juiz de Fora, Minas Gerais State, Brazil. The study used the Eating Attitudes Test (EAT-26) and Major Depression Inventory (MDI) to evaluate eating disorders and depressive symptoms, respectively. The linear regression model showed that 18% of the EAT-26 scores were influenced by MDI ($F(1, 370) = 14.18; p = 0.001$). Moreover, the findings indicated a statistically significant association between depressive symptoms and eating disorders ($\chi^2 = 14.71; Wald = 12.90; p = 0.001$). The authors concluded that depressive symptoms were related to eating disorders in female adolescents. Thus, girls with some level of depression showed a greater tendency to adopt disordered eating as a daily habit.

Eating Disorders; Depression; Adolescent

Resumo

O objetivo foi analisar a relação dos sintomas depressivos com os comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino. Participaram 371 jovens com idade entre 12 e 16 anos de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Utilizaram-se o Eating Attitudes Test (EAT-26) e o Major Depression Inventory (MDI) para avaliar os comportamentos de risco para transtornos alimentares e os sintomas depressivos, respectivamente. O modelo de regressão linear evidenciou que 18% dos scores do EAT-26 foram influenciados pelo MDI ($F(1, 370) = 14,18; p = 0,001$). Ademais, os achados indicaram associação estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos e os comportamentos de risco para transtornos alimentares ($\chi^2 = 14,71; Wald = 12,90; p = 0,001$). Concluiu-se que os sintomas depressivos estiveram relacionados aos comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino. Logo, as jovens com algum nível de depressão demonstraram maior tendência em adotarem os comportamentos de risco para transtornos alimentares como hábito cotidiano.

Transtornos Alimentares; Depressão; Adolescente

¹ Núcleo de Educação Física e Ciências do Esporte, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.
² Faculdade de Educação Física e Desportos, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.

Correspondência

L. S. Fortes
Rua Francisco da Cunha
1340, apto. 1001, Recife, PE
51020-041, Brasil.
leodesousafortes@hotmail.com

Introdução

A autoindução de vômitos, a restrição alimentar, o uso de laxantes e/ou diuréticos são alguns exemplos de comportamentos de risco para transtornos alimentares¹. Os comportamentos de risco para transtornos alimentares são considerados condutas prejudiciais à saúde^{2,3}. Evidências indicam prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares variando de 15% a 25% na população mundial^{4,5}, e essa prevalência parece ser maior em adolescentes^{1,6}, principalmente do sexo feminino^{7,8}.

A adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁹, compreende a fase dos 10 aos 19 anos de idade. Nessa etapa, a jovem passa por diversas alterações psicológicas e físicas⁶. Existem fatores biológicos e hereditários que podem se associar aos comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. Dentre os biológicos, pode-se citar: codificação genética e sistema serotoninérgico^{2,4}. Assim, jovens com determinados genes e/ou com elevada secreção de serotonina podem ter a vulnerabilidade para os comportamentos de risco para transtornos alimentares. Concernente aos fatores hereditários, destaca-se: pais que adotam os comportamentos de risco para transtornos alimentares cotidianamente⁵. Nesse sentido, filhas de pais com comportamentos de risco para transtornos alimentares estão susceptíveis à adoção dos comportamentos de risco para transtornos alimentares. Ainda existem fatores culturais que podem ter estreita relação com os comportamentos de risco para transtornos alimentares. A mídia tem enfatizado a magreza como aspecto morfológico associado à aceitação social¹⁰. Sendo assim, o sexo feminino costuma enaltecer a aparência física direcionada à magreza, sendo que, para muitas meninas, essa estética corporal é inatingível¹². Estudos nesse sentido apontam que a busca pelo corpo idealizado parece acometer, com maior facilidade, as adolescentes, que passam a perseguir a morfologia imposta pelos meios de comunicação de massa (televisão, revistas e cinema)^{5,13}, o que gera a insatisfação corporal¹⁰. Autores recomendam controlar estatisticamente a magnitude da insatisfação corporal em investigações com pretensão de relacionar os comportamentos de risco para transtornos alimentares com outros fatores. Cabe ressaltar, sobretudo, que o fracasso em reduzir o peso corporal e atingir a estética magra pode deixar as adolescentes vulneráveis à depressão.

A depressão, por sua vez, configura-se como um estado alterado do humor, envolvendo tristeza, perda da capacidade de sentir prazer e, ainda, alterações cognitivas, motoras e somáticas, sen-

do que tais fatores interferem no funcionamento social do indivíduo^{14,15}. De acordo com Schulte & Thomas³, a depressão pode estar relacionada aos comportamentos de risco para transtornos alimentares. Esses autores sugerem os sintomas depressivos como possíveis preditores dos comportamentos de risco para transtornos alimentares. Embora existam evidências empíricas concernentes à relação entre sintomas depressivos e comportamentos de risco para transtornos alimentares^{3,4}, após a busca de alguns descritores (“*depression*”, “*eating disorders*” e “*eating behaviors*”) nos principais sites de artigos científicos (SciELO, Scopus, Web of Science e MEDLINE), não foram identificadas pesquisas com adolescentes brasileiros do sexo feminino. Dessa forma, fica evidente a necessidade de se desenvolver estudo com essa população. Diante do exposto, o objetivo da investigação foi analisar a relação dos sintomas depressivos com os comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino.

Por conseguinte, foram formuladas hipóteses: (1) os sintomas depressivos possuem relação positiva com os comportamentos de risco para transtornos alimentares em jovens do sexo feminino; (2) meninas com elevada magnitude de sintomas depressivos estão mais susceptíveis aos comportamentos de risco para transtornos alimentares e; (3) a insatisfação corporal relaciona-se positivamente com os sintomas depressivos e comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino.

Métodos

Participantes

Trata-se de estudo transversal, de base escolar, realizado no ano de 2012, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, com adolescentes do sexo feminino na faixa etária entre 12 e 16 anos.

Segundo informações da Secretaria de Educação de Juiz de Fora, a população de adolescentes do sexo feminino com idade entre 12 e 16 anos, matriculadas nas escolas do município em 2011, era de aproximadamente 35 mil jovens. Desse modo, realizou-se cálculo amostral utilizando os seguintes critérios, seguindo as recomendações de Alves et al.¹: prevalência de 30% para comportamentos de risco para transtornos alimentares segundo achados de Scherer et al.⁷ e Martins et al.⁸, intervalo de 95% de confiança, 5% de erro amostral e 1,4 para efeito de desenho, totalizando 318 escolares que deveriam ser avaliadas para obter amostra adequada para proceder análises estatísticas.

A amostra proporcional foi estratificada segundo a inserção das escolas nas regiões sociogeográficas do Município de Juiz de Fora (norte, sul e centro) e o tipo de vinculação administrativa (pública e privada) e, em seguida, distribuída no ensino fundamental e médio. A seleção ocorreu aleatoriamente, por meio de sorteio simples, em duas etapas. Realizou-se, primeiro, o sorteio das escolas em cada região e, posteriormente, o sorteio das adolescentes nessas unidades. As escolas foram selecionadas valendo-se da relação fornecida pelo setor de estatística da Secretaria de Educação do Estado de Minas Gerais. A amostra final da pesquisa foi distribuída em seis pontos diferentes de coleta (escolas) e constituída por adolescentes do sexo feminino selecionadas aleatoriamente e que estivessem presentes nas escolas nos dias da coleta.

Foram incluídas na pesquisa somente as jovens que estavam regularmente matriculadas no ensino fundamental ou médio, na cidade de Juiz de Fora, no ano de 2012. Assim, a população elegível do estudo foi de 389 meninas.

Instrumentos

Para avaliar os comportamentos de risco para transtornos alimentares, foi aplicado o *Eating Attitudes Test* (EAT-26), validado por Bighetti et al.¹⁶ para meninas adolescentes brasileiras. O questionário é composto por 26 questões que buscam avaliar a recusa patológica a alimentos com alto teor calórico, a preocupação com a aparência física, episódios de compulsão alimentar, comportamentos purgativos para perda/controle de peso corporal, o autocontrole em relação à comida e as forças ambientais/sociais estimulantes à ingestão alimentar. A avaliada tem seis opções de resposta em cada item que variam de 0 (poucas vezes, quase nunca e nunca) a 3 (sempre). A única questão que apresenta pontuação em ordem reversa é a 25. O escore do EAT-26 é feito pela soma de seus itens. Quando o total é maior ou igual a 21, a presença de transtornos de conduta alimentar é positiva (EAT+). No estudo de validação, Bighetti et al.¹⁶ evidenciaram consistência interna de 0,82. Para a presente amostra, encontrou-se valor para a consistência interna de 0,87, avaliada pelo alfa de Cronbach.

Os sintomas depressivos foram avaliados pelo *Major Depression Inventory* (MDI), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Parcias et al.¹⁴. O MDI inclui os 10 sintomas de depressão da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹⁷, assim como avalia a severidade dos sintomas depressivos. Ele é classificado como instrumento de rastreio curto, podendo ser aplicado em diferentes contextos de pesquisa e

saúde mental. Os itens 8 e 10 do MDI apresentam subitens “a” e “b”, considerando-se a maior pontuação entre eles. Quanto maior o escore, maior é a magnitude dos sintomas depressivos. Os escores podem variar de 0 a 50, sendo que o corte de 16 indica risco de depressão (MDI+). No estudo de adaptação transcultural do MDI¹⁴, os autores identificaram consistência interna de 0,91. Na presente investigação, evidenciou-se alfa de Cronbach equivalente a 0,89, representativo de uma boa consistência interna.

A insatisfação corporal foi avaliada pelo *Body Shape Questionnaire* (BSQ). O BSQ é um instrumento de autopreenchimento composto por 34 perguntas no formato de escala do tipo Likert, de pontos, variando de 1 (nunca) até 6 (sempre), que busca avaliar a frequência de preocupação ou descontentamento que a jovem possui com o peso e a aparência física, ou seja, sua insatisfação corporal. Quanto maior o escore, maior é a depreciação que a avaliada tem com a sua aparência corporal. A pontuação final do BSQ ainda permite a categorização em: < 80 (livre de insatisfação corporal); ≥ 80 e < 110 (leve insatisfação); ≥ 110 e < 140 (moderada insatisfação) e ≥ 140 (grave insatisfação corporal). Esse questionário foi validado para a população adolescente brasileira¹⁸, mostrando boas propriedades psicométricas. Para a presente amostra, foi calculada a consistência interna pelo alfa de Cronbach, obtendo-se valor satisfatório de 0,96. Levando em consideração que a insatisfação corporal pode influenciar os comportamentos de risco para transtornos alimentares⁷, optou-se por controlar os escores do BSQ em algumas análises dos dados.

A massa corporal foi mensurada por meio de uma balança digital portátil da marca Tanita (modelo BC-601; São Paulo, Brasil), com precisão de 100g e capacidade máxima de 200kg. Utilizou-se estadiômetro portátil com precisão de 0,1cm e altura máxima de 2,20m da marca Welmy (modelo et-276; Santa Bárbara do Oeste, Brasil) para mensurar a estatura das adolescentes. Em seguida, o índice de massa corporal [IMC = massa corporal (kg)/estatura (m²)] foi calculado. O escore z do IMC foi usado como indicador de estado nutricional. A classificação do escore z do IMC obedeceu aos critérios da OMS⁹, que propõe a classificação em baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obeso, de acordo com os escores z (-2, +1 e +2) em função da idade cronológica. Em razão de evidências científicas demonstrarem relação do IMC com os comportamentos de risco para transtornos alimentares^{5,7}, decidiu-se controlar o IMC em algumas análises estatísticas.

Procedimentos

Os diretores de dez escolas (cinco privadas e cinco públicas) foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos e procedimentos. No entanto, somente seis diretores (três instituições privadas e três públicas) concordaram em liberar as alunas para participação nas coletas. Após a autorização das direções das escolas, foram realizadas reuniões com cada uma das turmas a fim de explicar os objetivos e procedimentos necessários para inclusão das escolares no estudo. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) às adolescentes, pedindo a elas que o devolvessem devidamente assinado pelos responsáveis na semana seguinte, em caso de assentimento de sua participação voluntária. Salienta-se que as participantes também assinaram um TCLE em concordância com a sua participação na pesquisa.

A pesquisa foi realizada em dois momentos. Primeiro, as alunas responderam aos instrumentos (EAT-26, MDI e BSQ). Essa etapa foi realizada em grupo, por um único pesquisador que padronizou as explicações verbais. Em seguida, as alunas foram conduzidas para outra sala, trajando uniforme para a aula de Educação Física e descalças. Nesse segundo momento, foram mensurados dados antropométricos de forma individual, não sendo permitida a entrada de mais de uma aluna ao mesmo tempo.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (protocolo 2282.022.2011), de acordo com a *Resolução nº 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

Análise estatística

Conduziu-se o teste Kolmogorov Smirnov para avaliar a distribuição da variável dependente do estudo (EAT-26). Em razão da não violação paramétrica, utilizaram-se medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão, erro padrão, mínimo e máximo) e frequência relativa para descrever as variáveis da investigação. A regressão linear simples foi utilizada para avaliar a relação do MDI com os escores do EAT-26, controlando as pontuações do BSQ. Esse mesmo teste foi utilizado para analisar a relação dos escores do BSQ com o MDI e o EAT-26. Ademais, conduziu-se a regressão logística binária para analisar a associação das classificações dicotômicas da MDI e do EAT-26. A análise univariada de covariância (ANCOVA) foi utilizada para comparar os escores do EAT-26 em função das classificações dicotômicas do MDI. Esse mesmo teste foi conduzido para comparar os escores do

EAT-26 e MDI em razão das classificações de estado nutricional. Utilizou-se o teste *post-hoc* de Bonferroni para identificar possíveis diferenças entre os grupos. Por fim, foi calculado o tamanho do efeito, representado pela sigla “*d*”, para evidenciar a importância das diferenças do ponto de vista prático. Cabe salientar que, em todas as análises, os escores do BSQ e/ou o IMC foram controlados. Todos os dados foram tratados no *software* SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), adotando-se nível de significância de 5%.

Resultados

Da população de 389 meninas consideradas elegíveis para o estudo, 18 (4,62%) se recusaram a responder aos questionários, totalizando uma população final de estudo de 371 adolescentes.

Os resultados indicaram que 21,7% e 20,3% das adolescentes demonstraram comportamentos de risco para transtornos alimentares (EAT+) e sintomas depressivos (MDI+), respectivamente. Além disso, foi evidenciada prevalência de 28% para sobrepeso/obesidade. Os dados descritivos de todas as variáveis do presente estudo podem ser visualizados na Tabela 1.

O modelo de regressão linear evidenciou que 18% dos escores do EAT-26 foram influenciados pelo MDI ($F(1, 370) = 14,18$; $p = 0,001$). Em adição, os achados evidenciaram relação de 24% e 41% dos escores do MDI ($F(1, 370) = 17,02$; $p = 0,01$) e do EAT-26 ($F(1, 370) = 64,95$; $p = 0,001$), respectivamente, que foram explicados pelo BSQ.

O modelo de regressão logística, por sua vez, apontou associação estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos (MDI+) e os comportamentos de risco para transtornos alimentares (EAT+) ($\chi^2 = 14,71$; Wald = 12,90; $p = 0,001$). As jovens com escores iguais ou maiores a 16 no MDI demonstraram 1,16 vez mais chances para os comportamentos de risco para transtornos alimentares (EAT+) quando comparadas às adolescentes com escores inferiores.

A ANCOVA apontou diferença estatisticamente significativa dos escores do EAT-26 em função das classificações do MDI ($F(1, 369) = 13,60$; $p = 0,01$; $d = 0,5$). As adolescentes com sintomas depressivos (MDI+) demonstraram maior frequência de comportamento de risco para transtornos alimentares quando comparadas às jovens com escore menor que 16 no MDI.

Os achados apontaram diferenças nos escores do EAT-26 em função das classificações do estado nutricional ($F(3, 367) = 29,45$; $p = 0,001$; $d = 0,6$). As jovens com sobrepeso e obesidade demonstraram maior frequência de comporta-

Tabela 1

Valores descritivos das variáveis do estudo.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	DP
EAT-26	0	54	13,33	11,68
MDI	0	45	10,52	10,15
BSQ	34	186	65,26	33,36
IMC	13	36	19,23	2,89
Idade (anos)	12	16	13,03	1,59

BSQ: *Body Shape Questionnaire*; DP: desvio-padrão; EAT-26: *Eating Attitudes Test*; IMC: índice de massa corporal; MDI: *Major Depression Inventory*.

mentos de risco para transtornos alimentares quando comparadas às eutróficas e às de baixo peso corporal. Do mesmo modo, a análise de ANCOVA indicou diferenças nas pontuações do MDI em razão do estado nutricional ($F(3, 367) = 19,33$; $p = 0,01$; $d = 0,5$). As adolescentes com sobrepeso e obesidade indicaram maior frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares em comparação às eutróficas e às de baixo peso corporal.

Discussão

O objetivo do estudo foi analisar a relação dos sintomas depressivos com os comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino. Alguns autores têm sugerido que os sintomas depressivos podem induzir comportamentos deletérios à saúde³ (autoindução de vômitos, uso de laxantes/diuréticos e exercício físico extenuante). Nesse sentido, os comportamentos de risco para transtornos alimentares poderiam ter relação com os sintomas depressivos. Os achados da presente pesquisa, de forma geral, demonstraram que os sintomas depressivos estiveram relacionados com os comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino, estando de acordo com as hipóteses do estudo.

A prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino tem aumentado³. Estudos nacionais, nos últimos anos, têm encontrado prevalência variando entre 20% e 30%^{7,8,19,20}, corroborando os resultados da presente investigação. Pesquisadores sugerem que a mídia talvez seja a principal responsável por essa realidade^{5,10}. Evidências apontam que o desejo de reduzir o peso corporal e de se adequar aos padrões morfológicos socialmente aceitos levam as meninas a

adotarem alguns comportamentos de risco para transtornos alimentares^{6,13}. Embora os aspectos culturais estejam em evidência nas investigações sobre riscos para os comportamentos de risco para transtornos alimentares^{5,13}, vale ressaltar, no entanto, que outros fatores também podem gerar susceptibilidade para os comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes, tais como a codificação genética, o sistema serotoninérgico e pais com riscos de transtornos alimentares.

Pesquisas demonstram que a prevalência de sintomas depressivos tem aumentado na população feminina^{21,22}. Achados evidenciaram prevalência por volta dos 15%^{3,15}, valor próximo ao encontrado neste estudo. O único estudo que utilizou o MDI como instrumento avaliativo dos sintomas depressivos em adolescentes²³ evidenciou prevalência de 31%. Salienta-se, todavia, que os sintomas depressivos são fortemente associados a vários fatores, a saber: obesidade²¹, codificação genética²³, trauma familiar²⁴, qualidade de vida²⁵ e insatisfação corporal²¹.

Os sentimentos de desânimo, baixa autoconfiança, tristeza e falta de apetite são considerados alguns dos sintomas de depressão¹⁴. Parece que esses sentimentos podem induzir a adoção de comportamentos de risco para transtornos alimentares³. De fato, os achados da presente investigação evidenciaram que 18% da variância dos comportamentos de risco para transtornos alimentares foram explicados pelos sintomas depressivos. Nesse sentido, as adolescentes que vivenciem periodicamente sentimentos depressivos poderão adotar os comportamentos de risco para transtornos alimentares como medida alternativa em busca da redução da magnitude dos sintomas depressivos. Todavia, cabe salientar que, embora as jovens possam reduzir esses sentimentos após episódios de comportamentos de risco para transtornos alimentares, esses, por sua

vez, podem promover efeitos deletérios à saúde, tais como a diminuição da secreção do hormônio do crescimento, a redução da densidade mineral óssea e os problemas cardiovasculares ².

Outro ponto importante a ser discutido é a possível interpretação de um item do EAT-26, mais especificamente, a questão 23 (“Faço regimes para emagrecer”). Considerando que a resposta mais frequente tenha sido o item 23 e que o “fazer regime” não necessariamente remete à restrição alimentar típica de um transtorno alimentar, a relação entre sintomas depressivos e comportamentos de risco para transtornos alimentares deve ser interpretada com cautela. Ressalta-se que as dietas são extremamente populares hoje, e que o entendimento que cada jovem tem sobre “fazer dieta” é diverso. Nesse sentido, as adolescentes fazem dieta de forma epidêmica. Deve-se considerar ainda que a mídia, inclusive, vende o “fazer dieta” como forma de alcançar “bem-estar e autoestima”.

É importante destacar também que a etiologia dos comportamentos de risco para transtornos alimentares é multifatorial. Logo, outros aspectos além dos sintomas depressivos podem se relacionar aos comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino, por exemplo, aspectos interpessoais (perfeccionismo e autoestima) ¹⁰, morfológicos (IMC e gordura corporal) ⁸ e sociodemográficos (etnia e sexo) ⁵. Evidências têm demonstrado insistentemente que as jovens com sobrepeso/obesidade são mais acometidas pelos comportamentos de risco para transtornos alimentares ^{8,26}. Vale destacar que quase 30% das adolescentes do presente estudo estavam com sobrepeso/obesidade, o que pode ser considerado um problema de saúde pública segundo alguns autores ⁸. Ademais, os resultados do presente estudo evidenciaram maior frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares entre as adolescentes com sobrepeso/obesidade, corroborando outros achados ^{8,26}. Nesse sentido, as jovens com excesso de gordura corporal parecem adotar a restrição alimentar, a autoindução de vômitos e os comportamentos purgativos com o intuito de reduzir o peso corporal e de se enquadrarem nas normas estéticas socialmente estabelecidas ^{10,12}.

Os resultados da presente pesquisa demonstraram relação estatisticamente significativa entre a insatisfação corporal e os sintomas depressivos. Outras evidências científicas corroboram esse achado ^{3,15}. De fato, a preocupação com o peso e a aparência física pode acarretar sentimentos de desânimo, baixa autoconfiança e tristeza. Do mesmo modo, o presente estudo apontou relação estatisticamente significativa entre a

insatisfação corporal e os comportamentos de risco para transtornos alimentares. Dessa forma, a preocupação com o peso e a aparência física parece deixar as adolescentes mais vulneráveis à adoção de restrição alimentar e de comportamentos purgativos como a autoindução de vômitos e o uso de laxantes/diuréticos, o que também foi demonstrado em outros estudos ^{1,5,8,20,26}.

Evidências sugerem que o sexo feminino é mais acometido pelos sintomas depressivos ^{21,22}. Segundo Almeida et al. ²¹, os sujeitos com nível de depressão elevado costumam demonstrar alta frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares. Ademais, a literatura científica tem discutido a respeito da susceptibilidade das adolescentes em adotar os comportamentos de risco para transtornos alimentares em razão do estado emocional apresentado ³. Desse modo, as jovens depressivas poderão vir a utilizar os comportamentos de risco para transtornos alimentares como estratégia de enfrentamento aos sentimentos negativos. Corroborando esse raciocínio, os resultados evidenciaram que as adolescentes com algum nível de depressão (MDI+) tinham 1,16 vez mais chances de utilizarem os comportamentos de risco para transtornos alimentares em relação às jovens com baixa frequência de sintomas depressivos. Em adição, os achados da ANCOVA indicaram que as meninas com algum nível de depressão (MDI+) demonstraram maior frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares quando comparadas às jovens com escores inferiores a 16 no MDI. Talvez, os comportamentos de risco para transtornos alimentares sejam estratégias de enfrentamento (*coping*) que algumas adolescentes utilizam para reduzir a magnitude do estresse, mais especificamente, os sentimentos depressivos. Dessa maneira, considerando que muitas adolescentes passam por situações em sua vida que as tornam mais susceptíveis aos sintomas depressivos ³, algumas podem utilizar diversas estratégias de *coping* para enfrentar o estímulo estressor ²⁶, a saber: ouvir música, criar pensamentos otimistas ou utilizar comportamentos para reduzir o peso corporal, por exemplo, os comportamentos de risco para transtornos alimentares. Todavia, investigações científicas necessitam ser desenvolvidas para evidenciar se os comportamentos de risco para transtornos alimentares, de fato, são utilizados por adolescentes como estratégias de *coping* para diminuir a magnitude de sentimentos negativos.

Embora o presente estudo tenha identificado resultados relevantes para a literatura científica, ele apresentou limitações que merecem ser descritas. A principal delas foi a utilização de ferramentas autorreportadas como instrumentos de

avaliação. Pesquisadores salientam que os avaliados podem não responder com fidedignidade aos questionários, visto que as respostas são subjetivas e, por isso, passíveis de serem burladas²⁶. Em contrapartida, Miranda et al.¹² ressaltam que, em pesquisas com grandes amostras, a anamnese realizada com ferramentas de fácil aplicabilidade, como é o caso dos questionários, talvez seja o método mais viável a ser utilizado. Acrescentando, o MDI não foi validado para a população-alvo deste estudo, o que representa uma limitação importante. Entretanto, a elevada consistência interna desse instrumento entre as adolescentes participantes desta investigação (alfa de Cronbach = 0,89) dão indícios de boa qualidade psicométrica da escala também entre essa população. Outra limitação foi o delineamento do tipo transversal. Sendo assim, não foi possível realizar inferência de causalidade. Isso significa que não se tem como avaliar o grau de intensidade e a direção das associações encontradas entre o desfecho do estudo e a variável independente. Entretanto, por ser pioneiro na avaliação da relação dos sintomas depressivos com os comportamentos de risco para transtornos alimentares entre jovens brasileiras, acredita-se que a presente pesquisa tenha apresentado resultados que con-

templam parte da lacuna do conhecimento da área e que, portanto, merecem ser discutidos em futuros estudos.

Os achados permitiram concluir que os sintomas depressivos estiveram relacionados aos comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino. Logo, as jovens com sintomas depressivos demonstraram maior tendência em adotarem os comportamentos de risco para transtornos alimentares.

Sugere-se que programas psicológicos de prevenção sejam implementados em escolas na cidade de Juiz de Fora, com o propósito de diminuir a prevalência de sentimentos humorais negativos e, indiretamente, reduzir a frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares nas adolescentes. Além disso, adolescentes rastreadas com riscos para a depressão ou transtornos alimentares poderiam ser encaminhadas para unidades de apoio psiquiátrico.

Por fim, recomenda-se a realização de investigações que busquem identificar outros fatores que possam ter relação com os comportamentos de risco para transtornos alimentares. Ademais, pesquisas envolvendo os adolescentes do sexo masculino também são necessárias.

Resumen

El objetivo fue analizar la relación entre síntomas depresivos con trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes. Participaron 371 jóvenes de edades comprendidas entre 12 y 16 años de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Se utilizó el Eating Attitudes Test (EAT-26) y el Major Depression Inventory (MDI) para evaluar comportamientos de riesgo en trastornos de conducta alimentaria y los síntomas depresivos, respectivamente. El modelo de regresión lineal mostró que el 18% de las puntuaciones EAT-26 fueron influenciados por MDI ($F(1, 370) = 14,18; p = 0,001$). Por otra parte, los resultados indicaron una asociación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y comporta-

mientos de riesgo para trastornos alimentarios ($\chi^2 = 14,71; Wald = 12,90; p = 0,001$). Se concluyó que los síntomas depresivos estaban relacionados con los comportamientos de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Por lo tanto, las niñas con algún nivel de depresión mostraron una mayor tendencia a adoptar comportamientos de riesgo, relacionados con trastornos de la conducta alimentaria como un hábito diario.

Trastornos de la Conducta Alimentaria; Depresión; Adolescente

Colaboradores

L. S. Fortes redigiu o artigo e procedeu às análises estatísticas. J. F. Filgueiras coletou os dados e revisou o artigo. M. E. C. Ferreira orientou todo o trabalho e revisou o artigo.

Agradecimentos

Às participantes pela participação voluntária na pesquisa. Ao Laboratório de Estudos do Corpo da Universidade Federal de Juiz de Fora pelo empréstimo do material para a coleta de dados.

Referências

- 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 Saúde Pública* 2008; 24:503-12.
- Fortes LS, Conti MA, Ferreira MEC. Relação entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e processo maturacional em jovens atletas. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2012; 17:383-95.
- Schulte SJ, Thomas J. Relationship between eating pathology, body dissatisfaction and depressive symptoms among male and female adolescents in the United Arab Emirates. *Eat Behav* 2013; 14: 157-60.
- Knoph C, Holle AV, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C, et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord* 2013; 46:355-68.
- Rodgers R, Cabrol H, Paxton SJ. An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. *Body Image* 2011; 8: 208-15.
- Fortes LS, Almeida SS, Ferreira MEC. Processo maturacional, insatisfação corporal e comportamento alimentar inadequado em jovens atletas. *Rev Nutr* 2012; 5:575-86.
- 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 Psiquiatr* 2010; 59:198-202.
- Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Insatisfação com a imagem corporal e a relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2010; 32:19-23.
- World Health Organization. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007; 85:660-7.
- Gondoli DM, Corning AF, Salafia EHB, Bucchianeri MM, Fitzsimmons EE. Heterosocial involvement, peer pressure for thinness, and body dissatisfaction among young adolescent girls. *Body Image* 2011; 8:143-8.
- Siervogel RM, Demerath EW, Schubert C, Remsburg KE, Chumlea WC, Sun S, et al. Puberty and body composition. *Horm Res* 2003; 60:36-45.
- Miranda VPN, Conti MA, Bastos R, Ferreira MEC. Body dissatisfaction in Brazilian adolescents in small towns of Minas Gerais. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60:190-7.

13. Caqueo-Urizar A, Ferrer-Garcia M, Toro J, Gutierrez-Maldonado J, Penaloza C, Cuadros-Sosa Y, et al. Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image* 2011; 8:78-81.
14. Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães ACA, Xavier AJ. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60:164-70.
15. Kinyanda E, Kizza R, Abbo C, Ndyababangi S, Levin J. Prevalence and risk factors of depression in childhood and adolescence as seen in 4 districts of north-eastern Uganda. *BMC Int Health Hum Rights* 2013; 13:1-10.
16. Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Tradução e avaliação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J Bras Psiquiatr* 2004; 53:339-46.
17. Nubila HBVD, Buchalla CM. O papel das classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11:324-35.
18. Conti MA, Cordás TA, Latorre MRDO. Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2009; 9:331-8.
19. Leal GVS, Philippi ST, Polacow VO, Cordás TA, Alvarenga MS. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? *J Bras Psiquiatr* 2013; 62:62-75.
20. Fortes LS, Amaral ACS, Almeida SS, Ferreira MEC. Efeitos de diversos fatores sobre o comportamento alimentar de adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:3301-10.
21. Almeida SS, Zanatta DP, Rezende FF. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estud Psicol (Natal)* 2012; 17:153-60.
22. Matos MIR, Aranha LS, Faria AN, Ferreira SRG, Bacaltchuck J, Zanella MT. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24:165-9.
23. Chen J, Li X, Natsuaki MN, Leve LD, Harold GT. Genetic and environmental influences on depressive symptoms in Chinese adolescents. *Behav Genet* 2014; 44:36-44.
24. Brière FN, Rohde P, Shaw H, Stice E. Moderators of two indicated cognitive-behavioral depression prevention approaches for adolescents in a school-based effectiveness trial. *Behav Res Ther* 2014; 53:55-62.
25. Durmaz Y, Alayli G, Canbaz S, Zahiroglu Y, Bilgici A, Ilhanli I, et al. Prevalence of juvenile fibromyalgia syndrome in an urban population of Turkish adolescents: impact on depressive symptoms, quality of life and school performance. *Chin Med J (Engl)* 2013; 126:3705-11.
26. Fortes LS, Morgado FFR, Ferreira MEC. Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares. *Rev Psiquiatr Clín* 2013; 40:59-64.

Recebido em 12/Nov/2013

Versão final reapresentada em 19/Mai/2014

Aprovado em 04/Jun/2014