

# Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais

## Influence of body mass index and body weight perception on eating disorders symptoms

Maria Angélica Nunes<sup>a,b</sup>, Maria Teresa A Olinto<sup>a,d</sup>, Fernando C Barros<sup>a</sup> e Suzi Camey<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. <sup>b</sup>Ambulatório de Transtornos do Comportamento Alimentar da Fundação Universitária Mário Martins, Porto Alegre, RS, Brasil. <sup>c</sup>Departamento de Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. <sup>d</sup>Centro de Ciência da Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, RS, Brasil

**Resumo** **Objetivo:** Estudar a associação entre a percepção do peso corporal, o índice de massa corporal e os comportamentos alimentares anormais.

**Métodos:** Delineamento transversal, de base populacional, com mulheres de 12 a 29 anos, da zona urbana de Porto Alegre, RS (n=513). Para medir a prevalência de comportamentos alimentares anormais utilizou-se o Teste de Atitudes Alimentares 26 (EAT-26) e o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE), considerados separadamente e em conjunto, e a percepção do peso corporal por meio de 2 perguntas estruturadas: qual era o peso que a mulher julgava ideal e a auto-avaliação sobre seu peso. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado por medida de peso e altura aferidos.

**Resultados:** Considerando os instrumentos conjuntamente, 30,2% das mulheres tinham comportamento alimentar de risco, e 11,3% apresentaram comportamento alimentar anormal. Além disso, 82% das mulheres apresentaram IMC normal, sendo que 2% eram magras, e 16% apresentaram IMC de sobrepeso/obesidade. Das mulheres estudadas, 46% tinham o ideal de pesar menos, e 37,8% consideravam-se gordas. Entre as mulheres com IMC normal, 25,2% das que se achavam normais apresentavam comportamento alimentar de risco, e 5,7% comportamento alimentar anormal. Das mulheres que se consideravam gordas, 47,2% apresentaram comportamento alimentar de risco, e 19,2% tinham comportamento alimentar anormal. Mulheres que se sentiam gordas apresentaram um risco quatro vezes maior de apresentar comportamentos alimentares anormais (razão de odds 4,50; IC 95% 2,88-7,01; p<0,001).

**Conclusão:** A percepção do peso corporal – sentir-se gorda – mostrou um papel mais importante na determinação dos comportamentos alimentares anormais do que o índice de massa corporal (IMC sobrepeso/obesidade).

**Descritores** Peso corporal. Índice de massa corporal. Comportamento alimentar.

**Abstract** **Objective:** To investigate the relationship between body mass index (BMI), body weight perception and eating disorder symptoms.

**Methods:** A population-based cross-sectional study was conducted among women aged between 12 and 29 years old in Porto Alegre, Brazil (n=513). The prevalence of eating disorder symptoms was assessed by using two instruments: the Eating Attitudes Test - 26 (EAT-26) and the Bulimic Investigator Test (BITE). The results of the screening tests were evaluated separately and as a score combination of both instruments. Body weight perception was assessed using two questions: a) what was regarded as the ideal weight, and b) self-perception of body weight. The body mass index was calculated by dividing the square of the height (cm) by the weight (kg).

**Results:** Regarding the results of the combined scores, 30.2% of the interviewed women were classified as having risk of eating disorder and 11.3% had abnormal eating behavior. The sample's mean BMI was 21.9 (SD=3.8); 82.4% were classified as normal, 1.6% as thin and 16.1% as overweight/obese. Of the total of the study women, 46% had an ideal weight lower than their actual weight and 37.8% considered themselves fat. Among women with normal BMI, 25.2% that were classified as normal presented risk of abnormal eating behavior and 5.7% had eating disorder symptoms. Among women who considered themselves fat, 47.2% presented risk behaviors

\*Dissertação de Mestrado em Epidemiologia, /Universidade Federal de Pelotas, RS, Departamento de Medicina Social, "Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres jovens; 1997".

Última versão recebida em 12/9/2000. Aceito em 30/11/2000.

Fonte de financiamento e conflito de interesse inexistentes.

and 19.2% had eating disorder symptoms. The risk for eating disorder symptoms among women who saw themselves as fat was four times higher than among those who perceived their weight as normal (odds ratio 4.50; 95% CI 2.88-7.01;  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** In the assessment of body weight perception, “to feel fat” reveals to play a more important role in the determination of abnormal eating behavior than the Body Mass Index.

**Keywords** Body weight. Body mass index. Eating disorders symptoms.

## Introdução

Os transtornos do comportamento alimentar – anorexia e bulimia – têm aumentado em frequência e importância, principalmente entre adolescentes e mulheres adultas jovens. Estima-se que 20% das mulheres jovens podem estar em risco de desenvolver essas patologias, por apresentarem comportamentos subclínicos ou precursores.<sup>1</sup>

Um dos fatores descritos na determinação dos transtornos de comportamento alimentar é a distorção da imagem corporal. Bruch, em 1962, mostrou pela primeira vez que mulheres anoréxicas superestimavam o tamanho de seus corpos.<sup>2</sup> Estudos realizados em países em diferentes estágios de desenvolvimento sugerem que grupos jovens, especialmente do sexo feminino, apresentam com frequência insatisfação com a imagem corporal e mesmo uma imagem negativa, temor à obesidade e tendência a utilizarem diferentes técnicas para controle do peso.<sup>3-8</sup>

Os comportamentos alimentares anormais e as práticas inadequadas de controle de peso estão associadas à insatisfação pessoal e à baixa auto-estima, sendo comumente expressados pela insatisfação com o peso corporal.<sup>9,10</sup>

*Olhar-se como uma obesa sem ser* implica uma distorção cognitiva que pode ser explicada por algum tipo de aprendizado imposto a um grupo por pressão psicossocial e cultural. O fato da população feminina ser a mais afetada sublinha a influência da cultura da magreza a ponto de encorajar e, provavelmente, manter comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso.<sup>11-14</sup>

O aumento na prevalência dos transtornos alimentares também parece ser o resultado de um ideal de magreza imposto predominantemente ao sexo feminino, como símbolo da cultura ocidental.<sup>15</sup> A cultura da magreza determina valores e normas que, por sua vez, condicionam atitudes e comportamentos relacionados ao tamanho do corpo, à aparência e ao peso, particularmente durante o período de mudanças físicas e início do desenvolvimento de características sexuais secundárias próprias da adolescência. A adolescente, sob pressão de valores presentes na sua cultura, supervaloriza seu tamanho corporal, o que pode levá-la a práticas danosas à sua saúde.<sup>16</sup>

Este trabalho teve o objetivo de analisar a relação entre a percepção do peso corporal, o índice de massa corporal e os comportamentos alimentares anormais entre mulheres de 12 a 29 anos residentes na zona urbana de Porto Alegre, RS.

## Métodos

Este é um estudo de delineamento transversal, de base populacional, com uma amostra constituída de mulheres de 12 a 29

anos, residentes na zona urbana do município de Porto Alegre, RS.

Por um processo amostral sistemático, foram sorteados 26 setores censitários, dentre o total de 1.873 setores de Porto Alegre. Em cada um dos setores sorteados foram visitados 60 domicílios. O primeiro domicílio a ser visitado foi escolhido aleatoriamente; a seguir foram visitados consecutivamente os outros 59. Cada mulher incluída na amostra foi entrevistada com um questionário estruturado abordando as seguintes variáveis:

- demográficas: idade (em anos completos) e cor (branca e não branca);
- socioeconômicas: escolaridade (em anos completos), renda familiar (em salários mínimos), tipo de atividade profissional (estuda, trabalha, não estuda nem trabalha);
- exercício físico: foram coletadas informações com respeito ao tipo, à frequência e à duração do exercício. Fixou-se como ponto de corte, para definir mulheres com atividade física frequente, aquelas que ficaram situadas dois desvios-padrão ou mais além da média de exercício físico semanal, o que correspondeu a mais de 288 minutos (cerca de cinco horas) semanais.<sup>17</sup> O grupo com menos atividade foi denominado de exercício pouco/regular;
- percepção do peso corporal: foi avaliada por meio de duas variáveis, que mediam a percepção de forma indireta e direta – (a) *medida indireta de percepção do peso corporal*: variável construída pela diferença do peso que as mulheres referiam como seu peso ideal e o peso aferido no momento da entrevista, resultando em uma variável de três categorias: (1) peso ideal menor do que o peso aferido – considerado como desejo de pesar menos; (2) peso ideal igual ( $\pm 2$  kg) ao peso aferido – considerado como desejo de permanecer com o mesmo peso; e (3) peso ideal maior do que o peso aferido – considerado como desejo de pesar mais; (b) *auto percepção do peso corporal*: nesta variável as mulheres eram perguntadas diretamente se achavam-se gordas, normais ou magras.

## Comportamentos alimentares

Os instrumentos utilizados para avaliação dos comportamentos alimentares anormais e das práticas inadequadas de controle de peso foram o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)<sup>12,18</sup> e o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE).<sup>19,20</sup>

O instrumento EAT-26 – originalmente construído para rastrear comportamentos presentes na anorexia nervosa – mede principalmente comportamentos alimentares restritivos, como

dieta e jejum, e comportamentos bulímicos, como a ingestão excessiva de alimentos e vômitos provocados. Dependendo do tipo de resposta às 26 questões do teste, um escore é calculado, e pessoas com mais de 20 pontos são classificadas como apresentando comportamento alimentar sugestivo de anormalidade.

O BITE avalia predominantemente comportamentos bulímicos, como a ingestão excessiva de alimentos (*binge*), a provocação de vômitos, a realização de jejum e dieta e o uso de anorexígenos, de laxantes e de diuréticos. O instrumento é composto de 33 questões, com duas subescalas: de sintomas e de gravidade. A escala de sintomas classifica em 3 grupos de escores: altos (20 pontos ou mais), médios (10 a 19 pontos) e baixos (abaixo de 10 pontos), correspondendo, respectivamente, a comportamentos alimentares anormais, padrões alimentares não usuais e ausência de anormalidade no comportamento alimentar. A escala de gravidade é utilizada quando o escore na escala de sintomas é superior a 10 e classifica os sujeitos em três grupos: leve (escore menor do que 5), moderada (escore de 5 a 9) e severa (escore de 10 ou mais).

Tendo em vista que os dois instrumentos, EAT-26 e BITE, complementam-se na avaliação dos comportamentos alimentares, foi construída uma variável que toma em consideração os dois instrumentos, categorizando a amostra em três grandes grupos, conforme os critérios a seguir:

- comportamento alimentar anormal: mulher com escore superior a 19 na escala de sintomas do BITE e/ou escore superior a 4 na escala de gravidade do BITE;
- comportamento alimentar de risco: mulher com escore entre 10 e 19 na escala de sintomas do BITE e/ou escore maior do que 21 no EAT-26;
- sem comportamento alimentar anormal: mulher com escore menor do que 21 no EAT-26 e escore menor do que 10 na escala de sintomas do BITE.

Medidas antropométricas (peso e estatura) foram tomadas com balança de precisão de 100 g (balança de uso doméstico) e antropômetro de alumínio. Durante a medição, as mulheres estavam descalças e usavam roupas leves. Para cada mulher foi determinado o índice de massa corporal (IMC), que é obtido pela divisão do peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado. Os valores limites para cada idade foram tomados de acordo com recomendação da Organização Mundial de Saúde<sup>21</sup> (Tabela 1). Segundo essa classificação, a população foi assim dividida: (1) magras: IMC abaixo do percentil 5; (2) normais: IMC entre o percentil 5 e 84; (3) sobrepeso/obesas: IMC igual ou maior do que 85.

Tendo em vista que entre adolescentes (10 a 19 anos), que correspondiam a cerca de metade das mulheres estudadas, o diagnóstico de obesidade deve ser realizado utilizando conjuntamente o IMC e a medida da prega cutânea, que não foi realizada nesta pesquisa, as mulheres acima do percentil 85 foram classificadas com sobrepeso/obesas.<sup>21</sup>

O trabalho de campo foi realizado entre setembro e dezembro de 1996, com a participação de doze entrevistadoras, que trabalharam em duplas, sendo uma supervisora. As

**Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas, tipo de atividade e situação de moradia entre mulheres de 12 a 29 anos residentes na zona urbana de Porto Alegre, RS, 1996 (n=513).**

|                                    | Número | Proporção |
|------------------------------------|--------|-----------|
| Idade (em anos)                    |        |           |
| 12-15                              | 118    | 23,0%     |
| 16-19                              | 139    | 27,1%     |
| 20-29                              | 256    | 49,9%     |
| Cor                                |        |           |
| brancas                            | 466    | 90,8%     |
| não brancas                        | 47     | 9,2%      |
| Escolaridade (em anos completos)   |        |           |
| <4                                 | 31     | 9,1%      |
| 5-8                                | 178    | 34,7%     |
| 9-11                               | 171    | 33,3%     |
| 12+                                | 133    | 25,9%     |
| Atividade                          |        |           |
| trabalha                           | 253    | 49,3%     |
| estuda                             | 200    | 39,0%     |
| sem atividade                      | 60     | 11,7%     |
| Renda familiar (em salário mínimo) |        |           |
| ≤3                                 | 61     | 11,9%     |
| 3,1-6                              | 65     | 12,7%     |
| 6,1-10                             | 76     | 14,8%     |
| 10,1-20                            | 131    | 25,5%     |
| ≥20,1                              | 180    | 35,1%     |
| Com quem mora                      |        |           |
| Pais                               | 298    | 62,0%     |
| Marido ou companheiro              | 91     | 18,9%     |
| Sozinha                            | 11     | 2,3%      |
| Só com filhos                      | 5      | 1,0%      |
| Outros                             | 76     | 15,8%     |

entrevistadoras foram submetidas a um treinamento para aplicação do questionário e padronização da tomada de medidas antropométricas.

O controle de qualidade foi realizado pela pesquisadora principal e supervisora por meio de revisita a 15% dos domicílios, escolhidos aleatoriamente. Na oportunidade, foi conferida a logística do trabalho de campo e a qualidade das informações obtidas. Foi confirmada, nessas revisitas, a dificuldade na obtenção da informação sobre renda familiar, além da necessidade, por parte das entrevistadoras, de maior rigidez na codificação das variáveis socioeconômicas.

### Análise dos dados

A descrição geral dos dados foi apresentada por meio de frequências simples e relativas. O estudo da associação entre as variáveis de percepção do peso corporal com cada uma das variáveis explanatórias do modelo foi testado utilizando-se testes de qui-quadrado. A análise multivariada foi conduzida de acordo com o modelo teórico mostrado na Figura 1. Consideram-se, em primeiro nível, as variáveis demográficas e socioeconômicas – idade, cor, escolaridade e renda familiar –, que influenciam, em um segundo nível, mais próximo do desfecho, o índice de massa corporal e a percepção do peso corporal, que interagem entre si e atuam mais diretamente no terceiro nível, o desfecho, que é a determinação dos comportamentos alimentares. Investigou-se a presença de possíveis fatores de confusão entre a associação de interesse –

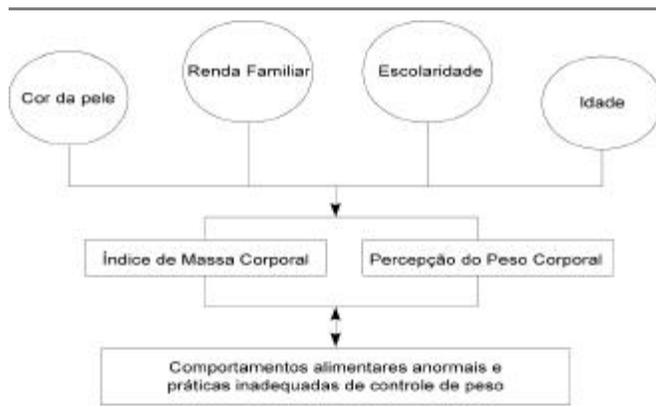


Figura 1- Modelo hierárquico de determinação de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso.

percepção do peso corporal e comportamentos alimentares. Embora o IMC tenha sido a única variável que se mostrou associada a ambos, o modelo de análise também incluiu as variáveis de escolaridade, renda familiar, idade e cor, uma vez que elas ocupavam um nível hierarquicamente superior no modelo conceitual. A variável IMC foi utilizada de forma dicotômica, tendo as oito mulheres magras sido agregadas ao grupo das normais, e o outro grupo representado pelas mulheres com sobrepeso/obesidade.

### Resultados

Foram encontradas 555 mulheres com idades entre 12 e 29 anos elegíveis para o estudo. Dessas mulheres, 3,6% recusaram-se a participar do estudo, e 3,9% foram consideradas como perdas, pois não foram localizadas. Portanto, participaram efetivamente do estudo 513 mulheres entre 12 e 29 anos.

As mulheres da amostra tinham, em média, 19,7 anos de idade (DP=4,8) e 9,6 anos completos de escolaridade (DP=3,5). A mediana de renda familiar encontrada foi de 13,8 salários mínimos mensais (esse dado não está incluído na Tabela 1).

A maioria das mulheres da amostra (82%) foi classificada como apresentando IMC normal, sendo que 2% eram magras, e 16% apresentaram IMC de sobrepeso/obesidade. A média de índice de massa corporal (IMC) encontrada na amostra foi de 21,9 (DP=3,8). Quanto a atividades físicas, 16% das mulheres faziam exercícios físicos freqüentes.

De acordo com o EAT-26 (escores  $\geq 21$ ), 16,6% das mulheres apresentaram resultados sugestivos de comportamento alimentar anormal enquanto no BITE, 30,4% das mulheres apre-

sentaram padrão alimentar não usual, e 3,3% apresentaram padrão alimentar severamente perturbado e presença de comer compulsivo.

Ao serem considerados os instrumentos conjuntamente, 58,5% da população estudada não apresentaram comportamento alimentar anormal, 30,2% tinham comportamento alimentar de risco, e 11,3% apresentaram comportamento alimentar francamente anormal.

A Tabela 2 descreve as variáveis utilizadas para avaliar a percepção do peso corporal das mulheres – descritas na metodologia. Observa-se que tanto pela percepção direta ou indireta de peso, 13% das mulheres sentiam-se magras, 37,8% sentiam-se gordas, e 45,8% desejavam pesar menos.

Tabela 2 - Percepção do peso corporal em mulheres de 12 a 29 anos de Porto Alegre, RS, 1996 (n=513).

| Percepção                                     | n   | %    |
|---|-----|------|
| Medida indireta de percepção do peso corporal |     |      |
| desejo de pesar menos                         | 227 | 45,8 |
| desejo de permanecer com o mesmo peso         | 203 | 40,9 |
| desejo de pesar mais                          | 66  | 13,3 |
| Autopercepção do peso corporal                |     |      |
| gorda   | 194 | 37,8 |
| normal  | 251 | 48,9 |
| magra   | 68  | 13,3 |

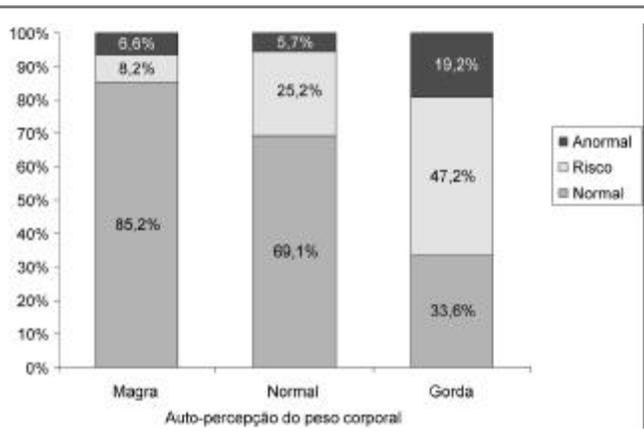
A Tabela 3 mostra como as mulheres se sentiam com relação ao seu peso, comparando com os valores obtidos pelas medidas de peso e altura aferidos e conseqüente cálculo do índice de massa corporal (IMC). Mais de dois terços das mulheres com IMC normal gostariam de pesar menos ou sentem-se gordas.

Foi realizada uma análise estratificada restrita ao grupo de mulheres com IMC normal. Esse grupo foi estratificado de acordo com a autopercepção do peso corporal, e observou-se a variável de comportamentos alimentares (Figura 2). Os resultados mostraram que, mesmo considerando apenas as mulheres apresentando IMC normal, houve diferença no comportamento alimentar de acordo com a autopercepção do peso corporal. Mais de 60% das mulheres com IMC normal, mas que se sentiam gordas, apresentavam comportamento alimentar de risco ou anormal, respectivamente, 47,2% e 19,2%. Tendência similar, apenas mais suave, foi encontrada no grupo de mulheres que sentiam seu peso como normal.

A Tabela 4 mostra a análise multivariada, considerando como desfecho a presença de comportamento alimentar anormal. Os resultados dessa tabela devem ser interpretados em etapas.

Tabela 3 - Associação das variáveis de percepção do peso corporal com o estado nutricional (IMC) em mulheres de 12 a 29 anos de Porto Alegre, RS (n=513).

| Percepção do peso corporal                    | IMC   |        |                     | Total | p       |
|---|-------|--------|---------------------|-------|---------|
|   | Magra | Normal | Sobrepeso/obesidade |       |         |
| Medida indireta de percepção do peso corporal |       |        |                     |       | p<0,001 |
| desejo de pesar menos                         | -     | 67,4%  | 32,6%               | 227   |         |
| desejo de permanecer com o mesmo peso         | 0,5%  | 97,5%  | 2,0%                | 202   |         |
| desejo de pesar mais                          | 10,6% | 89,4%  | -                   | 66    |         |
| Autopercepção do peso corporal                |       |        |                     |       | p<0,001 |
| gorda   | -     | 64,8%  | 35,0%               | 193   |         |
| normal  | 0,8%  | 93,9%  | 5,3%                | 245   |         |
| magra   | 9,0%  | 91,0%  | -                   | 67    |         |



**Figura 2 - Relação entre auto-percepção do peso corporal e comportamentos alimentares, somente entre mulheres com IMC normal em mulheres de 12 a 29 anos, Porto Alegre, RS, 1996 (n=420).**

Foram realizados três modelos de análise: um sem ajustes para fatores de confusão, outro com ajuste para os fatores socioeconômicos e demográficos (modelo 1) e mais um com ajuste para fatores socioeconômicos, demográficos e para as variáveis proximais IMC ou auto-percepção do peso corporal. Chama a atenção, que a tabela apresente o efeito do IMC sobre os comportamentos alimentares anormais separadamente do efeito da auto-percepção do peso corporal.

O efeito bruto do IMC acarreta um risco de 1,86 mais chances das mulheres com sobrepeso/obesidade apresentarem comportamentos alimentares anormais. Esse efeito aumenta para duas vezes mais ao se controlar a análise para fatores socioeconômicos e demográficos (modelo 1), mas desaparece, quando a variável auto-percepção do peso corporal é ingressada no modelo (modelo 2).

Já o efeito da auto-percepção do peso corporal mostra um risco de quatro vezes mais chances para as mulheres que se sentiam gordas apresentarem comportamentos alimentares anormais do que as que se sentiam magras ou normais. Esse efeito permanece estatisticamente significativo e com tendência ao aumento após controlar-se para fatores socioeconômicos, demográficos (modelo 1) e também ao incluir-se a variável IMC (modelo 2).

**Discussão**

Os achados do estudo epidemiológico que detectou que 30,2%

da amostra apresentaram comportamento alimentar de risco, e 11,3% apresentaram comportamento alimentar anormal, corroboram resultados obtidos em estudos que indicam que a prevalência de síndromes parciais em populações não clínicas é duas vezes maior que as síndromes completas, e que existe uma proporção de indivíduos que apresentam comportamentos alimentares anormais de diferentes intensidades.<sup>22</sup>

Existem consideráveis evidências de estudos longitudinais que apontam a progressão de comportamentos alimentares anormais de leve intensidade para comportamentos de severa intensidade.<sup>23-26</sup> Outros estudos mostram prevalências de 14% a 46% na progressão de síndromes parciais para síndromes completas.<sup>24,27-29</sup>

A hipótese de que a percepção do peso corporal pudesse influenciar o comportamento alimentar gerou a presente análise, uma vez que existem evidências de que distorções de imagem corporal ocorrem com maior frequência entre mulheres com transtornos alimentares.<sup>2,30</sup> Nos dias atuais, é consenso que estudos sobre comportamento alimentar devem analisar variáveis como percepção do peso corporal e satisfação corporal.<sup>31,32</sup> Um problema com a avaliação da imagem corporal é que esta tem diferentes componentes: percepção corporal (sub ou superestimação do tamanho corporal) e conceito de corpo (auto-estima corporal).<sup>32</sup> Neste trabalho, a questão da auto-estima corporal não foi completamente elucidada, mas trabalhou-se com o componente de percepção do peso corporal, avaliado por meio de duas perguntas estruturadas: na primeira, considerada como uma medida indireta de avaliação, era perguntado qual era o peso que a mulher julgava ideal, e esse peso era relacionado com o peso real aferido durante a entrevista; na segunda, tratada como auto-percepção, quando era perguntado como a mulher avaliava seu peso.

As medidas de percepção indireta do peso mostraram valores semelhantes aos encontrados na literatura.<sup>33,34</sup> De acordo com a literatura, 70% das mulheres americanas e 48% das mulheres espanholas querem ser mais magras,<sup>35</sup> e que 50% das mulheres australianas querem pesar menos sete quilos.<sup>36</sup>

Entre as mulheres que se achavam gordas, somente um terço tinha IMC compatível com sobrepeso/obesidade. Esse achado corrobora estudo que confirma que muitas mulheres fazem dieta e sentem-se insatisfeitas com o seu corpo mesmo quando não estão acima do peso normal.<sup>3-5,37</sup> Um outro achado foi que, no grupo de

**Tabela 4 - Efeito da percepção do peso corporal sobre comportamentos alimentares anormais das 513 mulheres de 12 a 29 anos – efeitos brutos e ajustados.**

|                                 | Não ajustada |             |        | Ajustada - Modelo 1 |             |       | Ajustada - Modelo 2 |             |         |
|---------------------------------|--------------|-------------|--------|---------------------|-------------|-------|---------------------|-------------|---------|
|                                 | β            | IC 95%      | p      | b                   | IC 95%      | p     | b                   | IC 95%      | p       |
| IMC                             |              |             |        |                     |             |       |                     |             |         |
| Magra/normal                    | 1            |             |        | 1                   |             |       | 1*                  |             |         |
| Sobrepeso/obesidade             | 1,86         | (1,15-3,01) | 0,01   | 2,09                | (1,24-3,51) | 0,005 | 0,84                | (0,46-1,52) | 0,5     |
| Auto-percepção do peso corporal |              |             |        |                     |             |       |                     |             |         |
| Normal                          | 1            |             |        | 1                   |             |       | 1**                 |             |         |
| Magra                           | 0,43         | (0,21-0,87) | 0,02   | 0,46                | (0,22-0,94) | 0,03  | 0,47                | (0,23-0,96) | 0,04    |
| Gorda                           | 4,09         | (3,13-5,35) | <0,001 | 4,27                | (2,84-6,42) | 0,03  | 4,50                | (2,88-7,01) | <0,0001 |

β - Razão de odds

Modelo 1 - ajustado para idade, cor, escolaridade e renda familiar

Modelo 2 (\*) - ajustado para idade, cor, escolaridade, renda familiar e auto-percepção do peso corporal

Modelo 2 (\*\*) - ajustado para idade, cor, escolaridade, renda familiar e Índice de massa corporal

mulheres com IMC normal, 19,2% das que se achavam gordas apresentavam comportamento alimentar anormal, enquanto que essa proporção foi de 5,7% entre as que se achavam normais (ou com o peso adequado), o que permite levantar a questão de que não só a realidade corporal, mas também a autopercepção do peso corporal, têm uma influência sobre o comportamento alimentar.<sup>38,39</sup>

Os resultados obtidos pela análise multivariada sugerem a forma como se ordena o processo que culmina com a adoção de comportamentos alimentares anormais. O índice de massa corporal mostrou ter uma forte influência sobre esses comportamentos anormais, mesmo após o controle de variáveis socioeconômicas e demográficas, e o risco desses comportamentos foi duas vezes maior entre mulheres com IMC de sobrepeso/obesidade. Entretanto, esse efeito desapareceu quando a variável de autopercepção do peso corporal foi incluída no modelo. Por outro lado, as mulheres que se achavam gordas apresentaram quatro vezes mais risco de comportamentos anormais, mesmo após o ajuste para as variáveis socioeconômicas, demográficas e o IMC. A estreita relação entre o IMC e a percepção do peso corporal, e o delineamento transversal adotado neste estudo, tornam difícil o estabelecimento de uma relação temporal entre essas variáveis. Os dados sugerem, no entanto, que a percepção do peso corporal influencia fortemente o comportamento alimentar, sobrepondo-se ao efeito do IMC.<sup>11,12</sup> Atualmente existe pouca dúvida de que o mais prevalente aspecto da insatisfação das mulheres acerca de seu peso e aparência é a crença de que elas são muito gordas, mesmo naquelas que têm peso normal ou que são magras.<sup>13,14,31,40</sup> A supervalorização do peso parece ser um dos mais significativos fatores de risco para os comportamentos alimentares anormais e prá-

ticas inadequadas de controle de peso.<sup>3-6,41,42</sup>

Finalmente, vale assinalar que cerca de um terço das mulheres com IMC normal e comportamento alimentar anormal afirmaram, durante a entrevista, que achavam seu peso normal, e que seu peso ideal estava de acordo com o real. Apesar disso, submetem-se aos métodos compensatórios anormais já descritos. Uma hipótese é que a avaliação da percepção do peso corporal foi incompleta, e talvez fosse necessária a utilização de outros instrumentos e entrevistas abertas, para a detecção de possíveis distorções da imagem corporal.

Uma parcela importante das mulheres jovens que utilizam práticas danosas para controle de peso apresenta peso adequado para a estatura e a idade<sup>3,4,5</sup> e, mesmo assim, revela um desejo por um corpo mais magro. A discrepância entre o peso real e o ideal levam a um estado de constante insatisfação com o próprio corpo, e as dietas para perder peso tornam-se extremamente freqüentes. Surge assim um campo fértil para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.<sup>11,12</sup>

Este trabalho reafirma a importância da avaliação da percepção do peso corporal em estudos sobre comportamentos inadequados para controle de peso. O conhecimento de que a percepção distorcida do peso corporal leva a práticas inadequadas de controle de peso pode favorecer medidas preventivas como campanhas educacionais que visem esclarecer a ligação entre a cultura do corpo e os transtornos alimentares.

## Agradecimentos

Especial agradecimento a Fernando C. Barros, Maria Teresa Anselmo Olinto e a todos os demais professores e amigos do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, RS.

## Referências

1. Van Thorre M, Vogel F. The presence of bulimia in high school females. *Adolescence* 1985;20:45-51.
2. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in AN. *Psychosom Med* 1962;24:187-94.
3. Kaplan KM, Wadden TA. Childhood obesity and self-esteem. *J Pediatr* 1986;109:367-70.
4. Moses N, Banilivy MM, Lifshitz F. Fear of obesity among adolescent girls. *Pediatrics* 1989;83:393-8.
5. Abe TA. A comparative survey of health oriented life styles of women students in Japan and the United States with emphasis on the eating habits. *Japanese J Nutr* 1988;46:223-36.
6. Walker ARP, Walker BF, Locke MM, Cassim FA, Molefe PA. Body image and eating behavior in interethnic adolescent girls. *J Roy Soc Health* 1991;111:12-6.
7. Johnson C, Lewis C, Love S, et al. Incidence and correlates of bulimic behaviors in a female high school population. *J Family Practice* 1984;18:313-20.
8. Grant CL, Fodor IG. Adolescent attitudes toward body image and anorexic behavior. *Adolescence* 1986;21:269-81.
9. Buttom E, Loan P, Davies J, Sonuga-Backe EJS. Self esteem, eating problems and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: A questionnaire and interview study. *Int J Eat Disord* 1997;21:39-47.
10. Taylor M, Cooper TL. Body size overestimation and depression. *Brit J Clin Psychol* 1986;25:153-4.
11. Halmi K, Goldberg SC, Cunningham S. Perceptual distortion of body image in adolescent girls: distortion of body image in adolescence. *Psychol Medicine* 1977;7:253-7.
12. Garner D, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of AN. *Psychol Medicine* 1979;9:273-9.
13. Vandereycken W, Meerman R. Anorexia Nervosa: is prevention possible? *Int J Eat Disord* 1984;14:191-205.
14. Toro J, Castro J, Garcia M, Perez P, Cuesta C. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *Int J Eat Disord* 1989;62:61-70.
15. Nasser M. Culture and weight consciousness. *J Psychosom Res* 1988;32:573-7.
16. Crisp A. Psychopathology of anorexia nervosa. In: Stunkard AJ, Stellar E, editors. *Eating and its disorders*. New York: Raven Press; 1984. p. 85-92.
17. World Health Organization Young People's Health - a challenge for society. Report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000". Geneva: WHO Technical Report Series 731; 1986.
18. Nunes MA, Bagatini L, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT-26). *Revista ABP-APAL* 1994;16:7-10.
19. Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale of bulimia: The BITE. *Brit J Psychiatry* 1987;150:18-24.
20. Córdas TA, Hochgraf P. O "BITE": instrumento para avaliação da

- bulimia nervosa - versão para o português. *J Bras Psiquiatria* 1993;42:141-4.
21. World Health Organization Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Technical Expert Committee. Geneva: WHO Technical Report Series 854; 1995.
  22. Shisslak C, Crago M, Estes L. The spectrum of eating disturbances. *Int J Eat Disord* 1995;18:209-19.
  23. King MA. Eating disorders in a general practice population: prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med Suppl* 1989;14:211-8.
  24. King MB. The natural history of eating pathology in attenders to primary medical care. *Int J Eat Disord* 1991;10:379-87.
  25. Johnson-Sabine E, Wood K, Patton G, Mann A, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychol Med* 1988;18:615-22.
  26. Patton GC. The spectrum of eating disorders in adolescence. *J Psychosomatic Res* 1988;32:579-84.
  27. Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward and understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychologist* 1986;41:246-63.
  28. Yager J, Landsverk J, Edelstein CK. A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders. I. Course and severity. *Am J Psychiatry* 1987;144:1172-7.
  29. Herzog DB, Hopkins JD, Burns CD. A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *Int J Eat Disord* 1993;14:261-7.
  30. Slade PD. A review of body - image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Psychiatry Res* 1985;19:255-65.
  31. Garner DM, Bonato DP. Body image measurement in eating disorders. *Ad Psychosom Med* 1987;17:119-33.
  32. Waller G, Phill D, Hodgson S. Body image distortion in anorexia nervosa e bulimia nervosa. The role of perceived and actual control. *J Nervous Mental Dis* 1996;184:213-9.
  33. Eisele J, Hertsgaard D, Light HK. Factors related to eating disorders in young adolescents girls. *Adolescence* 1986;21:283-90.
  34. Drewnowski A, Yee DK. Men and body image: are males satisfied with their body image? *Psychosom Med* 1987;49:626-34.
  35. Raich RM, Rosen JC, Deas J, Perez O, Requena A, Gross J. Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *Int J Eat Disord* 1992;11:63-72.
  36. Huon GF. Dieting, binge eating and some of their correlates among secondary school girls. *Int J Eat Disord* 1994;15:159-64.
  37. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987;6:485-94.
  38. Fabian LJ, Thompson JK. Body image and eating disturbance in young females. *Int J Eat Disord* 1989;8:63-74.
  39. Hsu LKG, Sokiewicz TA. Body image disturbance: Time to abandon the concept for eating disorders? *Int J Eat Disord* 1991;10:15-30.
  40. Hill AJ, Oliver S, Rogers PJ. Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. *Br J Clin Psychol* 1992;31:95-105.
  41. Brownell KD. Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide. *Beh Ther* 1991;22:1-12.
  42. HSU LK. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:681-700.

---

### Correspondência

Maria Angélica Nunes

Rua Correia Lima, 742

90850-250, Porto Alegre, RS

Tel. (0xx51) 233-4508/ 231-6306/ 9985-1066

E-mail: maanunes@conex.com.br

---