

COMPORTAMENTO DE RISCO PARA BULIMIA EM ADOLESCENTES

Risk behavior for bulimia among adolescents

Lorena Mendes Temóteo Brandt^{a,*} , Liege Helena Freitas Fernandes^a ,
Amanda Silva Aragão^b , Thayná Pinto da Costa Luna^a ,
Rodrigo Macedo Feliciano^a , Sheyla Márcia Auad^c , Alessandro Leite Cavalcanti^a 

RESUMO

Objetivo: Analisar comportamentos de risco para bulimia em adolescentes do sexo feminino de escolas públicas e particulares.

Métodos: Estudo transversal com amostra aleatória de 850 estudantes do sexo feminino, com idades entre 15 e 18 anos, realizado em cidade do Nordeste do Brasil, utilizando o *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE) para avaliar comportamentos de risco para transtornos alimentares. Os dados foram analisados utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson, o teste exato de Fisher e a regressão de Poisson, com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), adotando o nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: Da amostra estudada, 42,0% apresentou padrões de risco e práticas de dieta e controle de peso e 1,4% já apresentava sinais de bulimia instalados. O medo de ganhar peso foi relatado por 62,8% das adolescentes. As práticas de risco foram menos frequentes em estudantes de escolas públicas (*Odds Ratio* – OR – 0,82; intervalo de confiança de 95% – IC95% – 0,69–0,97). Entre as práticas restritivas, jejum por um dia inteiro foi o mais aplicado pelas participantes (29,9%). Entre os indivíduos com situação de risco, quase metade acreditava ter hábitos alimentares normais (razão de prevalência – RP – 0,42; IC95% 0,36–0,49). Estudantes que consideram seus hábitos alimentares normais, que têm medo de ganhar peso, que procuram conforto emocional em alimentos e seguem dietas rigorosas tiveram maior risco para bulimia ($p < 0,05$).

Conclusões: O número de estudantes com práticas de comportamento de risco para bulimia é alto, e o número daquelas que desconhecem essa situação também é muito alto. As situações de risco emergem como problemas de saúde coletiva, e indivíduos de escolas particulares são mais propensos a apresentar transtornos alimentares.

Palavras-chave: Comportamento do adolescente; Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos; Comportamento alimentar; Saúde do adolescente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the risk behavior for bulimia among female adolescents from public and private high schools.

Methods: A cross-sectional study with a random sample of 850 female students aged 15–18 years was carried out in a city in northeastern Brazil, using the *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE) to assess the risk behavior for bulimia. Data were analyzed using the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) software and the Pearson's chi-square, Fisher's exact and robust Poisson regression tests, adopting the significance level of 5%.

Results: Less than half of the sample (42.0%) showed standards of dietary risk and weight control practices; in 1.4% of the sample, bulimia signs were already installed. Fear of gaining weight was reported by 62.8% of the subjects. Risk practices were lower among students from public schools; (*Odds Ratio* – OR – 0.82; confidence interval of 95% – 95%CI – 0.69–0.97). Among restrictive practices, fasting for a whole day was the most applied (29.9% of the students). Among individuals who were at risk situation, almost half believed to have normal eating habits (prevalence ratio – PR – 0.42; 95%CI 0.36–0.49). Individuals who consider their eating habits normal, who are afraid of gaining weight, those who seek emotional comfort in food and follow strict diets had higher risk for bulimia ($p < 0.05$).

Conclusions: The number of female adolescent students with risk behavior practices for bulimia is high, and the frequency of those unaware of this situation is also very high. Risk situations emerge as a collective health problem, and individuals from private schools were more likely to be in this situation.

Keywords: Adolescent behavior; Feeding and eating disorders; Feeding behavior; Adolescent health.

*Autor correspondente. E-mail: lorenna_jp@hotmail.com (L.M.T. Brandt).

^aUniversidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

^bUniversidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

^cUniversidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Recebido em 21 de setembro de 2017; aprovado em 28 de janeiro de 2018; disponível on-line em 19 de fevereiro de 2019.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais que aos poucos têm despertado o interesse da comunidade científica nos últimos 30 anos, pois podem levar a uma baixa qualidade de vida (QV),¹ estão associados a diferentes tipos de comportamento alimentar e podem afetar indivíduos de várias maneiras e níveis de gravidade e intensidade.² Esses distúrbios, principalmente a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, têm sido relatados em mulheres jovens,³ com pico de início entre 14 e 19 anos,⁴ por se tratar de um período propenso à insatisfação com a forma do corpo e à construção da identidade.⁵ Embora pesquisas tenham mostrado a presença desses distúrbios em homens⁶ — anteriormente subestimados —, essas doenças têm claro predomínio entre as mulheres.⁵

Várias razões têm sido atribuídas ao desenvolvimento de transtornos alimentares, e a maioria delas é psicossocial.³ A supervalorização da magreza, comum em mulheres, é considerada um dos principais fatores contribuintes na patogênese dos transtornos alimentares,³ aliada à mídia, que promove a cultura da beleza, mantida por uma “indústria da beleza”,^{7,8} que associa a magreza a uma imagem de sucesso. Esse contexto leva aos chamados “comportamentos e práticas inadequados para controle de peso”, especialmente entre adolescentes.^{7,8} A predisposição genética⁵ também é apontada e, em combinação com outros estressores físicos ou psicológicos específicos, pode colocar um indivíduo em maior risco de desenvolver um distúrbio alimentar.⁹

A gênese e a manutenção dos transtornos alimentares são multifatoriais, envolvendo fatores biológicos, sociais e psicológicos, cujos pontos-chave são a autopercepção distorcida e a insatisfação com a aparência física.^{1,10} O número de adolescentes com transtornos alimentares é crescente, impulsionado pelo medo de engordar, uso de dietas proibitivas ou métodos inadequados de compensação pelo excesso de alimentos, como diuréticos e/ou laxantes e vômitos autoinduzidos.¹¹ Esses fatos resultaram no aumento da prevalência de transtornos alimentares nos últimos anos:¹² a anorexia nervosa varia de 0,3 a 3,7%; e a bulimia nervosa, de 1,1 a 4,0% em meninas.¹³

Portanto, os transtornos alimentares são classificados como a terceira doença crônica mais comum em adolescentes, especialmente entre mulheres,^{14,15} e estão associados a taxas de morbidade e mortalidade que estão entre as mais elevadas de todos os transtornos mentais,^{14,16} com comprometimento funcional significativo,¹⁶ com menores taxas de mortalidade em bulimia nervosa: 1,93 por 1.000 pessoas por ano;¹⁷ e maior na anorexia nervosa: 5,86 mortes por 1.000 pessoas-ano.¹⁷ No entanto, apesar da gravidade e cronicidade altas,⁴ esta doença permanece relativamente menos estudada que os demais transtornos mentais.

O desenvolvimento de estudos de grupos de risco melhora a análise de sua vulnerabilidade e auxilia no planejamento e implementação de medidas preventivas para evitar comorbidades consequentes.² A necessidade de se realizar mais estudos sobre transtornos alimentares associados a fatores de risco tem sido enfatizada na literatura,^{8,15,18,19} pois o conhecimento gerado por esses estudos poderia orientar o desenvolvimento de programas educativos que abordem a alimentação, a obesidade e a prevenção de transtornos alimentares.¹⁸

Devido à importância dessa doença, assim como a falta de estudos brasileiros recentes que abordem essa questão — especialmente na região Nordeste, além da discordância dos resultados observados nos poucos estudos já realizados —, este estudo procurou investigar a relação entre comportamentos de risco para bulimia em adolescentes do sexo feminino de escolas públicas e particulares com práticas inadequadas de controle de peso e fatores sociodemográficos.

MÉTODO

Este estudo transversal foi realizado com estudantes do sexo feminino de 14 escolas de ensino médio públicas e particulares, sorteadas anteriormente, em Campina Grande, Paraíba, cidade do nordeste brasileiro com cerca de 402.912 habitantes e índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,72.

A população deste estudo totalizou 14.351 adolescentes, e o tamanho da amostra foi calculado utilizando margem de erro de 1%, nível de confiança de 95% e prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares de 1,7%.¹⁵ O fator de correção de 1,2 foi aplicado, devido à característica multiestágio do estudo. O tamanho mínimo da amostra necessário para atender aos requisitos foi estimado em 780 indivíduos. No entanto, um adicional de 10% foi convidado a participar do estudo, a fim de compensar potenciais recusas, totalizando 858 indivíduos. No final, a amostra deste estudo consistiu em 850 indivíduos. Considerou-se a proporção de alunas de escolas públicas e particulares que faziam parte da amostra, respeitando o percentual de estudantes de 15 a 18 anos matriculadas na rede pública e particular do município, distribuídas em distritos sanitários. Adolescentes já diagnosticadas com transtornos alimentares ou refluxo gastroesofágico foram excluídas deste estudo.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela legislação brasileira e internacional e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Todas as alunas foram convidadas a participar por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais ou responsáveis e assinatura do Termo

de Consentimento por elas mesmas, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Um estudo piloto foi realizado em novembro de 2014 com 59 alunas de uma escola pública para testar os métodos e o processo de coleta de dados, demonstrando que não havia necessidade de modificação. Os indivíduos que participaram dessa etapa não foram incluídos no estudo principal.

Inicialmente, foi realizada uma visita em cada sala de aula informando sobre os objetivos e a importância da pesquisa. Nesse momento, o termo de consentimento informado e o termo de consentimento foram entregues às adolescentes interessadas em participar da pesquisa. No dia seguinte, aplicou-se um questionário com variáveis socioeconômicas e demográficas (idade e tipo de escola) e o *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE).²⁰ O BITE foi validado para ser aplicado em adolescentes brasileiras.²¹

O BITE apresenta duas escalas como resultados finais, uma de sintomas e outra de gravidade. A escala de sintomas tem três resultados possíveis:

- Situação “sem risco” para o desenvolvimento de transtornos alimentares (bulimia) (pontuação <10).
- “Situação de risco” (escore ≥ 10 e <20) para o desenvolvimento de transtornos alimentares, o que sugere um padrão alimentar incomum, sem nenhum dos critérios que caracterizam um transtorno alimentar.
- “Situação de transtorno alimentar” (escore de 20 a no máximo 30), caracterizada pela presença de comportamento de compulsão alimentar e alta possibilidade de bulimia, que é considerado o principal indicador para a ocorrência de transtornos alimentares.

A escala de gravidade tem, também, três resultados possíveis:

- Gravidade leve (<5 pontos).
- Gravidade moderada (5–9 pontos).
- Gravidade alta (≥ 10 pontos).

É recomendado que os sujeitos respondam ao questionário considerando seu comportamento durante os últimos três meses.²⁰

Estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a amostra. Análises bivariadas foram realizadas para testar a associação entre comportamentos de risco para bulimia e variáveis comportamentais e sociodemográficas, e para avaliar a possível associação entre o tipo de escola e métodos comportamentais para perda de peso, utilizando as versões exatas dos testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. A regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para verificar a associação de variáveis comportamentais e sociodemográficas com risco comportamental para bulimia. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5%, com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 850 alunas (34,1% tinham 15 anos, 33,1% tinham 16 anos, 23,2% tinham 17 anos e 9,6% tinham 18 anos), sendo que a maioria (76,2%) era de alunas de escolas públicas.

Com relação aos resultados do BITE, a escala de sintomas identificou 42,0% das adolescentes em risco comportamental para bulimia, ou seja, tinham um padrão alimentar incomum e usavam práticas prejudiciais para o controle do peso. Na mesma escala, 4,8% das adolescentes atingiram ≥ 20 , indicando alta probabilidade de apresentar bulimia nervosa. Destas, 1,4% atingiram os pontos de corte mais altos nas escalas de sintomas e gravidade, indicando não apenas a alta possibilidade de atender aos critérios de bulimia nervosa, mas também a presença de comportamento de risco de alta gravidade.

Entre as práticas restritivas, o jejum por um dia inteiro foi o método mais utilizado entre as adolescentes (29,9%), e a distribuição dessa prática entre escolas públicas e particulares foi semelhante ($p=0,26$) (Tabela 1). Na análise bivariada entre tipo de escola e variáveis comportamentais, apenas o uso de laxantes foi associado ao tipo de escola ($p<0,05$). No entanto, todas as variáveis com valor $p<0,20$ foram adicionadas ao modelo multivariado, assim como o “uso de pílulas” e o “jejum” por sua importância epidemiológica. No modelo robusto final de regressão de Poisson (Tabela 1), o tipo de escola associou-se ao uso de laxantes (RP 0,89; IC95% 0,81–0,98) e vômitos autoinduzidos (RP 1,0; IC95% 1,0–1,1).

Em relação à ocorrência de indicadores comportamentais de compulsão alimentar periódica, 34,5% das adolescentes estudadas comem até se sentirem mal fisicamente, e 36,6% delas se sentem culpadas por comer demais. Quase metade das adolescentes sente um desejo incontrolável de comer (48,5%) ou ingerir grandes quantidades de alimentos em um curto período de tempo (45,2%). Apenas uma pequena parcela (10,4%) considerou-se comedora compulsiva (Tabela 2).

No modelo multivariado (Tabela 3), que analisa fatores comportamentais e socioeconômicos, todas as variáveis permaneceram associadas ao risco comportamental para bulimia no modelo final: adolescentes que consideram ter hábitos alimentares normais (RP 0,42; IC95% 0,36–0,49); medo de engordar (RP 0,61; IC95% 0,51–0,75); busca por conforto emocional na alimentação (RP 0,55; IC95% 0,48–0,64); jejum de um dia inteiro (RP 0,76; IC95% 0,66–0,88); seguir uma dieta rigorosa (RP 0,70; IC95% 0,58–0,85); bem como a variável tipo de escola. A proporção de adolescentes que apresentaram comportamentos de risco foi significativamente menor nas escolas públicas (RP 0,82; IC95% 0,69–0,97) em comparação às adolescentes de escolas particulares.

Tabela 1 Distribuição dos métodos comportamentais para perda de peso na análise bivariada e modelo multivariado (regressão de Poisson), de acordo com o tipo de escola.

	Variável independente - n (%)		Variável dependente		
	Escola		p-valor (bivariada)	p-valor (Regressão de Poisson)	RP ajustada (IC95%)
	Pública	Particular			
Uso de pílulas					
Não	602 (76,4)	186 (23,6)	0,69	0,78	-
Sim	46 (74,2)	16 (25,8)			
Uso de diuréticos					
Não	627 (76,7)	191 (23,3)	0,15	0,40	-
Sim	21 (65,6)	11 (34,4)			
Uso de laxantes					
Não	609 (77,2)	180 (22,8)	0,01	0,02	0,89 (0,81–0,98)
Sim	39 (63,9)	22 (36,1)			
Vômito autoinduzido					
Não	546 (75,1)	181 (24,9)	0,05	0,01	1,08 (1,01–1,15)
Sim	102 (82,9)	21 (17,1)			
Jejum					
Não	448 (75,2)	148 (24,8)	0,26	0,50	-
Sim	200 (78,7)	54 (21,3)			

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2 Frequência de episódios de compulsão alimentar entre adolescentes.

Indicadores de compulsão alimentar	n	%
Come até sentir-se mal fisicamente		
Não	557	65,5
Sim	293	34,5
Total	850	100,0
Sente um desejo incontrolável de comer		
Não	438	51,5
Sim	412	48,5
Total	850	100,0
Come grandes quantidades em um curto período de tempo		
Não	466	54,8
Sim	384	45,2
Total	850	100,0
Sente-se culpado por comer demais		
Não	538	63,4
Sim	311	36,6
Total	849	100,0
Considera-se um comedor compulsivo		
Não	762	89,6
Sim	88	10,4
Total	850	100,0

DISCUSSÃO

As evidências indicam uma distribuição cada vez mais ampla de transtornos alimentares em todo o mundo.²² Ser mulher e adolescente são gatilhos para distúrbios alimentares e risco de transtornos alimentares.²³ Os resultados deste estudo mostram que quase metade das adolescentes estudadas estava em risco de bulimia, considerado alto. Outros estudos utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados, mas abordando diferentes faixas etárias na adolescência, também encontraram alta prevalência de comportamentos de risco entre adolescentes brasileiras: 40,0,⁸ 25,2,¹¹ 36,5,²⁴ e 41,7%.¹⁵ Entre as estudantes do ensino médio, estima-se que as taxas de transtornos alimentares estejam entre 15,8 e 57%.^{25,26} Observou-se também que 1,4% das adolescentes estudadas apresentam fortes indícios de já sofrerem de bulimia. Os resultados encontrados neste estudo estão de acordo com a literatura para estudos com sujeitos brasileiros: 1,1,⁶ 1,2,⁸ e 1,7%.¹⁵

Neste estudo, a proporção de adolescentes que apresentaram práticas de risco foi significativamente maior nas escolas particulares em comparação com adolescentes de escolas públicas, e essa variável permaneceu associada a variáveis comportamentais no modelo final de análise multivariada. Esse mesmo achado foi observado em outro estudo brasileiro:⁸ frequentar uma escola particular pareceu ser uma condição para o aumento do risco de comportamentos alimentares anormais ($p < 0,001$). No entanto, esse achado difere dos pesquisadores jordanianos,²³ que não observaram associação entre o tipo de escola e os comportamentos de risco para transtornos alimentares ($p > 0,05$). Um estudo brasileiro desenvolvido por Hermont et al.¹⁵ também não verificou essa associação, mas encontrou proporcionalmente mais casos de comportamento de risco entre estudantes de escolas particulares em relação aos de escolas públicas. Assim, percebe-se que o desejo de ser magra é semelhante em ambos os tipos de escola, mas as adolescentes de escolas particulares usam práticas inadequadas para atingir esse desejo com

Tabela 3 Distribuição do risco comportamental para transtornos alimentares na análise bivariada e multivariada, de acordo com aspectos comportamentais e tipo de escola.

	Variável independente - n (%)		Variável dependente		
	Risco		p-valor (análise bivariada)	p-valor (Regressão de Poisson)	RP ajustada (IC95%)
	Ausente	Presente			
Nível 1) Características comportamentais					
Acredita ter hábitos alimentares normais					
Não	42 (18,7)	183 (81,3)	0,001	0,001	0,42 (0,36–0,49)
Sim	451 (72,2)	174 (27,8)			
Medo de engordar					
Não	238 (75,3)	78 (24,7)	0,001	0,001	0,61 (0,51–0,75)
Sim	255 (47,8)	279 (52,2)			
Procura por conforto emocional na comida					
Não	415 (68,5)	191 (31,5)	0,001	0,001	0,55 (0,48–0,64)
Sim	78 (32,0)	166 (68,0)			
Jejum por um dia inteiro					
Não	392 (65,8)	204 (34,2)	0,001	0,001	0,76 (0,66–0,88)
Sim	101(39,8)	153 (60,2)			
Segue dieta rigorosa					
Não	475 (60,5)	310 (39,5)	0,001	0,001	0,70 (0,58–0,85)
Sim	18 (27,7)	47 (72,3)			
Nível 2) Características socioeconômicas					
Tipo de escola					
Pública	389 (60,0)	259 (40,0)	0,03	0,02	0,82 (0,69–0,97)
Particular	104 (51,4)	98 (48,6)			

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

maior frequência quando comparadas às de escolas públicas, provavelmente devido ao maior acesso a esses recursos, que muitas vezes são caros,⁸ e provavelmente devido à maior divulgação de métodos inadequados para controle de peso entre adolescentes de escolas particulares. De acordo com pesquisadores americanos,²⁷ a pressão dos colegas para se adequar aos ideais culturais tem sido consistentemente identificada como um fator importante associado ao desenvolvimento de transtornos alimentares, especialmente entre adolescentes. As adolescentes estão sujeitas a uma série de mudanças físicas, psicológicas e sociais que, se não forem bem administradas, têm impactos negativos em sua autoestima, satisfação com a forma do corpo e bem-estar psicológico.²³

Dentre as práticas restritivas, o jejum por um dia inteiro foi o mais aplicado entre as adolescentes (29,9%), e a distribuição dessa prática entre escolas públicas e particulares foi semelhante, corroborando os resultados obtidos por Vale, Kerr e Bosi.⁸ A avaliação da propagação de práticas restritivas pelas adolescentes de acordo com o tipo de escola mostrou um uso significativamente maior de laxantes entre adolescentes de escolas particulares. Na análise multivariada, tanto o uso de laxantes quanto a prática de vômitos autoinduzidos permaneceram no modelo final, e a prática de vômitos autoinduzidos mostrou forte associação com adolescentes de escolas públicas. Esses resultados indicam que o acesso a recursos financeiros pode influenciar o método comportamental utilizado pelas adolescentes para perder peso. Vale, Kerr e Bosi⁸ sugeriram que a maioria das adolescentes que autoinduzem vômitos, jejuam ou comem compulsivamente acreditam ter hábitos alimentares normais, sugerindo uma associação entre magreza e saúde, talvez em contraste com a associação entre obesidade e doença. Neste estudo, quase metade das adolescentes com risco comportamental para bulimia acredita ter hábitos alimentares normais, o que é preocupante, pois demonstra uma tendência à falta de consciência e/ou autonegação de sua própria condição. Pesquisadores japoneses²⁸ apontam que os participantes desses estudos podem relutar em admitir tais comportamentos; e isso pode estar ligado à autonegação da condição, culpa ou vergonha de seu comportamento, a fim de esconder a verdadeira fonte do problema.¹⁶

De acordo com Vale, Kerr e Bosi,⁸ comer e restringir alimentos parecem ser estratégias prejudiciais para lidar com situações conflitantes e os estados emocionais aversivos resultantes destas situações. Neste estudo, a prevalência de adolescentes que relataram medo de engordar foi alta, e mais da metade desses indivíduos apresentaram risco comportamental para bulimia. Da mesma forma, mais da metade dos indivíduos que afirmaram buscar conforto emocional

nos alimentos estavam em risco de transtornos alimentares. O conflito entre comida e ansiedade pode levar ao surgimento da compulsão alimentar e da obesidade. A teoria psicossomática da obesidade afirma que, em momentos de aflição, a comida é usada como uma defesa emocional que, por sua vez, leva à obesidade,²⁹ e que pessoas obesas consomem grandes quantidades de alimentos em resposta a emoções negativas, enquanto pessoas com peso normal têm mecanismos de enfrentamento mais adaptativos e não comem em resposta ao estresse emocional.³⁰ No entanto, em um estudo realizado nos Estados Unidos,³¹ nem todos os efeitos negativos levam ao excesso de alimentação em resposta às condições emocionais em adolescentes. Isso pode possivelmente fornecer um foco de intervenção nessa população. Esses achados apoiam potenciais implicações para o tratamento e a prevenção da obesidade pediátrica e dos transtornos alimentares, porque sugerem que intervenções beneficiariam a incorporação de técnicas de redução do estresse e a promoção do humor positivo.

Comportamentos indicativos de compulsão alimentar mostraram alta prevalência neste estudo, bem acima das práticas restritivas purgativas, e todas as variáveis permaneceram associadas ao risco comportamental para bulimia no modelo final de análise multivariada. De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), um episódio de compulsão alimentar é caracterizado tanto pela ingestão de uma quantidade de alimentos que normalmente seria considerada muito grande como pela sensação de falta de controle sobre o ato de comer.¹⁰ De acordo com pesquisadores italianos,³² o que inicialmente ocorre é a falta de autocontrole, levando os pacientes a abandonar seus esforços para restringir a alimentação, resultando em um episódio bulímico. Isso intensifica a preocupação com a incapacidade de controlar a alimentação e o peso e estimula a adoção de práticas de restrição alimentar, o que, por sua vez, aumenta o risco de compulsão alimentar, criando um ciclo.

A prevalência de adolescentes que seguem uma dieta rigorosa foi baixa em nossa amostra (7,6%). No entanto, destes, 72,3% apresentavam risco comportamental para bulimia. As dietas causam uma flutuação de peso e podem provocar depressão e risco de desenvolver transtornos alimentares.³³ Portanto, a alimentação é uma questão que requer atenção especial, especialmente no campo da saúde pública,⁸ pois seguir uma dieta não garante a perda de peso e não pode fazer parte de um estilo de vida saudável.³³ O número elevado de adolescentes com práticas alimentares inadequadas neste estudo destaca a atenção que esta questão exige da comunidade acadêmica, especialmente no campo da saúde pública, particularmente no cenário da saúde

brasileira.⁸ No geral, esses resultados ajudarão os profissionais de saúde e pesquisadores a interpretar o risco como um forte aliado na prevenção de doenças como a bulimia, que pode causar sérios danos psicológicos e físicos aos indivíduos e também resultar em morte.

As conclusões deste relatório estão sujeitas a algumas limitações. Em primeiro lugar, o desenho transversal impede qualquer avaliação de causalidade. Estudos longitudinais adicionais são necessários para suprir essa limitação. Em segundo lugar, a padronização dos índices facilitaria as comparações de diferentes estudos. Apesar dessas limitações, o desenvolvimento de estudos que avaliem grupos de risco, especialmente na adolescência — um gatilho importante para o desenvolvimento de doenças como os transtornos alimentares —, é importante para avaliar sua vulnerabilidade, bem como para estabelecer medidas preventivas para evitar a perpetuação de hábitos inadequados, evitando comorbidades que podem durar a vida toda.

O número de indivíduos com práticas comportamentais de risco para bulimia e o número de indivíduos que desconhecem o problema são muito altos. Estudos que trabalham com dados de risco indicam o acompanhamento

longitudinal de participantes com altos escores em instrumentos de autorrelato, visando implementar medidas para minimizar os danos, reverter a situação e mitigar o potencial impacto dos transtornos alimentares nos aspectos físico e psicológico e no bem-estar. As situações de risco emergem como um problema de saúde coletivo e, neste estudo, a alunas de escolas particulares foram mais propensas a serem encontradas nessa situação.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a todos os envolvidos com esta pesquisa e informar que este estudo faz parte de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UEPB.

Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Bhargava S, Motwani MB, Patni V. Oral implications of eating disorders: a review. *Arch Orofac Sci*. 2013;8:1-8.
- Johansson AK, Omar R, Carlsson GE, Johansson A. Dental erosion and its growing importance in clinical practice: from past to present. *Int J Dent*. 2012;2012:632907.
- Sharan P, Sundar AS. Eating disorders in women. *Indian J Psychiatry*. 2015;57:286-95.
- Herpertz-Dahlmann B, van Elburg A, Castro-Fornieles J, Schmidt U. ESCAP Expert Paper: new developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa — a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:1153-67.
- Starr TB, Kreipe RE. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: brains, bones and breeding. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16:441.
- Vilela JE, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Eating disorders in school children. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:49-54.
- Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image*. 2004;1:43-56.
- Vale AM, Kerr LR, Bosi ML. Risk behaviors for eating disorders among female adolescents from different social strata in the Brazilian Northeastern. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16:121-32.
- Clark DB. Patients with eating disorders: challenges for the oral health professional. *Can J Hygiene*. 2010;44:163-70.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
- Ferreira JE, Veiga GV. Test-retest reliability of a simplified questionnaire for screening adolescents with risk behaviors for eating disorders in epidemiologic studies. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11:393-401.
- Aranha AC, Eduardo C de P, Cordás TA. Eating disorders. Part I: psychiatric diagnosis and dental implications. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9:73-81.
- Teixeira CS, Barbosa RF, Bertolin DC, Cesarino CB. Transtornos alimentares em adolescentes de uma escola estadual do noroeste paulista. *Arq Cienc Saude*. 2015;22:84-7.
- Kavitha PR, Vivek P, Hegde AM. Eating disorders and their implications on oral health—Role of dentists. *J Clin Pediatr Dent*. 2011;36:155-60.
- Hermont AP, Pordeus IA, Paiva SM, Abreu MH, Auad SM. Eating disorder risk behavior and dental implications among adolescents. *Int J Eat Disord*. 2013;46:677-83.
- Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18:31-47.

17. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:724-31.
18. Alvarenga MS, Lourenço BH, Philippi ST, Scagliusi FB. Disordered eating among Brazilian female college students. *Cad Saude Publica*. 2013;29:879-88.
19. Feng T, Adebé DS. Eating behavior disorders among adolescents in a middle school in Dongfanghong, China. *J Eat Disord*. 2017;5:47.
20. Henderson M, Freeman P. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry*. 1987;150:18-24.
21. Ximenes RC, Colares V, Bertulino, Couto G, Sougey E. Brazilian version of the "BITE" for use in adolescents. *Arq Bras Psicol*. 2011;63:52-63.
22. Gerbasi ME, Richards LK, Thomas JJ, Agnew-Blais JC, Thompson-Brenner H, Gilman SE, et al. Globalization and eating disorder risk: peer influence, perceived social norms, and adolescent disordered eating in Fiji. *Int J Eat Disord*. 2014;47:727-37.
23. Alfoukha MM, Hamdan-Mansour AM, Banihani MA. Social and psychological factors related to risk of eating disorders among high school girls. *J Sch Nurs*. 2017;1059840517737140.
24. Ximenes R, Couto G, Sougey E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int J Eat Disord*. 2010;43:59-64.
25. Croll J, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *J Adolesc Health*. 2002;31:166-75.
26. Gonsalves D, Hawk H, Goodenow C. Unhealthy weight control behaviors and related risk factors in Massachusetts middle and high school students. *Matern Child Health J*. 2014;18:1803-13.
27. Van der Berg P, Thompson JK, Obremski-Brandon K, Coovert M. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *J Psychosom Res*. 2002;53:1007-20.
28. Nakai Y, Noma S, Nin K, Teramukai S, Wonderlich SA. Eating disorder behaviors and attitudes in Japanese adolescent girls and boys in high schools. *Psychiatry Res*. 2015;230:722-4.
29. Kaplan HI, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. *J Nerv Ment Dis*. 1957;125:181-201.
30. Faith MS, Allison DB, Geliebter A. Emotional eating and obesity: theoretical considerations and practical recommendations. In: Dalton S, editor. *Overweight and weight management: the health professional's guide to understanding and practice*. Gaithersburg: Aspen Publishers; 1997. p. 439-65.
31. Nguyen-Rodriguez ST, Unger JB, Spruijt-Metz D. Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eat Disord*. 2009;17:211-24.
32. El Ghoch M, Soave F, Calugi S, Grave RD. Eating disorders, physical fitness and sport performance: a systematic review. *Nutrients*. 2013;5:5140-60.
33. Denny KN, Loth K, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*. 2013;60:13-19.

ERRATA

<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;4;00019erratum>

No artigo "Comportamento de risco para bulimia em adolescentes", com número de DOI: 10.1590/1984-0462/;2019;37;2;00008, publicado na *Rev Paul Pediatr*. In press 2019. Epub Feb 25, 2019:

Onde se lia:

Amanda Silva Aragão

Leia-se:

Amanda Silva Aragão