

Risco para transtornos alimentares em escolares de Salvador, Bahia, e a dimensão raça/cor¹

Risk of eating disorders in school children from Salvador, Bahia according to race

Liliane de Jesus BITTENCOURT²

Mônica de Oliveira NUNES³

Juli Joi Ferreira de OLIVEIRA³

Jean CARON⁴

RESUMO

Objetivo

Estimar a existência de fatores de risco associados aos transtornos alimentares em escolares da cidade de Salvador, Bahia, por meio da dimensão étnico-racial como fator de heterogeneidade.

Métodos

Os participantes da pesquisa são escolares do sexo feminino, na faixa etária entre 15 e 30 anos, residentes na cidade de Salvador, no Estado da Bahia. Foram investigadas 626 estudantes, selecionadas em instituições públicas e privadas de ensino médio e universitário. Utilizaram-se o *Eating Attitude Test-26*, o *Body Shape Questionnaire* e o *Beck Depression Inventory* como instrumentos de identificação de risco para os transtornos alimentares. A classificação étnico-racial se deu por autodeclaração, de acordo com as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram realizadas análises descritivas, bivariadas (χ^2 de Pearson) e regressão logística multivariada para análise dos dados.

Resultados

As estudantes que se identificaram como amarelas ou indígenas têm 3,6 vezes mais chances de desenvolverem comportamentos alimentares desordenados e 4,8 vezes mais possibilidade de estarem insatisfeitas com sua imagem corporal. As pardas apresentam 2,5 vezes mais risco para essa insatisfação. A depressão é uma comorbidade que deve ser considerada, apesar de não estar associada significativamente à raça/cor.

¹ Artigo elaborado a partir da tese de LJ BITTENCOURT, intitulada "O padrão de beleza construído socialmente na gênese dos transtornos alimentares em mulheres negras de Salvador/Bahia". Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; 2013.

² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. Av. Carlos Amaral, 1015, Cajueiro, 44570-000, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: LJ BITTENCOURT. E-mail: <liliane_bittencourt@hotmail.com>.

³ Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, BA, Brasil.

⁴ McGill University, Institut Universitaire en Sante-Mentale Douglas, Department of Psychiatry. Montreal, Quebec, Canadá.

Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Projeto nº 409718/2006-8).

Conclusão

As mulheres não brancas em Salvador apresentam risco de desenvolver transtornos alimentares. Outros estudos que combinam métodos quantitativos e qualitativos podem permitir uma análise mais robusta quanto à relação entre transtornos alimentares e raça/cor e etnia.

Termos de indexação: Anorexia. Bulimia. Imagem corporal. Origem étnica e saúde. Transtornos da alimentação.

ABSTRACT

Objective

This study estimated the existence of risk factors associated with eating disorders in students from Salvador, Bahia, Brazil, using ethnicity/race as a factor of heterogeneity.

Methods

The study subjects were 626 female students aged 15 to 30 years attending public and private high schools and universities in Salvador, Bahia. The instruments Eating Attitudes Test-26, Body Shape Questionnaire, and Beck Depression Inventory were used for screening the students for risk of eating disorders. The students reported their ethnicity/race using the list provided by the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. The statistical treatment included descriptive and bivariate analysis (Pearson χ^2) and multivariate logistic regression.

Results

Students self-identified as Asian or Native Brazilian were 3.6 times more likely to have disordered eating behaviors and 4.8 times more likely to be dissatisfied with their bodies than those self-identified as Caucasians. Students self-identified as biracial (European/African Brazilian) were 2.5 more likely to present that same dissatisfaction than those self-identified as Caucasians. The comorbidity 'depression' should be considered but was not significantly associated with race.

Conclusion

Non-Caucasian females in Salvador, Bahia, Brazil are at risk of developing eating disorders. Other studies associating quantitative and qualitative methods would allow more robust analyses on the relationship between eating disorders and race/ethnicity.

Indexing terms: Anorexia. Bulimia. Body image. Ethnicity and health. Eating disorders.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares, principalmente Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), como foco de produção de conhecimento científico, obtiveram elevado crescimento nas últimas três décadas. Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA)¹, eles estão presentes em 0,5% e 1,0% a 3,0% da população feminina, respectivamente, e a principal característica desses transtornos é uma séria perturbação na imagem corporal e um medo intenso de ganhar peso. São desordens que afetam a relação dos indivíduos com o alimento, o que gera comportamentos restritivos, compulsivos e/ou purgativos, e estão relacionadas com a imagem que as pessoas têm de si e de seu corpo, bem como com o ideal de corpo que desejam para si².

Entre os fatores associados aos transtornos alimentares, os mais comuns são comportamentos alimentares desordenados, como restrição alimentar severa, típica da anorexia, ou compulsão alimentar, associada ou não a estratégias compensatórias purgativas, característica da bulimia nervosa e da desordem da compulsão alimentar respectivamente³. Geralmente esses aspectos são avaliados por testes de triagem, autopreenchíveis, utilizados tanto para auxiliar no diagnóstico clínico como para avaliação do risco para desenvolvimento desses transtornos na população. Entre os mais amplamente utilizados está o *Eating Attitude Test* (EAT) - com versão resumida em português, validada cientificamente -, que avalia a existência de padrões alimentares anormais e a intensidade de preocupações características de pessoas com

transtornos alimentares, como medo de engordar e de comer em excesso^{4,5}.

Outro fator relacionado ao desenvolvimento desses transtornos é a relação com o corpo e a preocupação com a imagem corporal. Insatisfação com o tamanho, a forma e os contornos do corpo predispõe à insatisfação com a imagem corporal, que, conseqüentemente, pode levar a transtornos alimentares⁶. Um dos instrumentos que avalia esses fatores é o *Body Shape Questionnaire*, já traduzido para o português e validado em estudos científicos⁷.

As complicações clínicas relacionadas a esses distúrbios alimentares são vastamente documentadas na literatura, com alta morbidade e mortalidade, esta última principalmente relacionada ao suicídio, devido ao comprometimento emocional³. Nesse sentido, a depressão se apresenta como uma comorbidade importante. Vários estudos relatam a relação entre comportamentos depressivos e atitudes alimentares desordenadas, podendo aparecer tanto como fator de risco quanto como consequência de distúrbios de ordem alimentar^{8,9}. Para avaliação da presença de depressão entre jovens com transtorno alimentar, tem sido utilizado o *Beck Depression Inventory* (BDI), medida de autoavaliação de depressão, também com a versão em português validada no meio científico¹⁰.

Apesar de a etnicidade³ estar entre os fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, apenas foi encontrado um trabalho publicado no Brasil que explora a relação entre o aspecto étnico-racial e os transtornos alimentares e dá enfoque para a população de origem asiática¹¹. Não foram localizados, até então, trabalhos que investiguem a presença ou os fatores de risco na população negra, que representa 51% da população brasileira¹².

A crença inicial de que esses distúrbios são característicos de determinados grupos populacionais - nomeadamente, mulheres de classe social elevada, brancas e jovens que vivem sob a égide da cultura ocidental, que define os padrões corporais e de beleza e que os associa à saúde e

à qualidade de vida -, passou a ser questionada e discutida a partir do momento em que os transtornos alimentares apresentaram-se também como uma realidade em etnias e ambientes culturais diversos: entre homens, homossexuais e mulheres mais velhas¹³. Baseado nisso, estudos que avaliem a existência de comportamentos de risco para os transtornos alimentares em diversos grupos populacionais e que levem em consideração diferenças de etnia/raça, sexo e cultura são importantes para prevenção, diagnóstico precoce e medidas adequadas de intervenção.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi estimar a existência de fatores de risco associados aos transtornos alimentares em escolares de Salvador (BA) por meio da dimensão étnico-racial como fator de heterogeneidade. Comportamentos alimentares desordenados, preocupações com a imagem corporal e condições depressivas foram categorias de análise relacionadas a esses distúrbios. A hipótese que sustenta este trabalho é a de que as mulheres negras em Salvador (BA), mesmo sendo maioria, sofrem grande pressão para adequação ao padrão de beleza dominante na sociedade - branco e magro -, o que as suscetibiliza aos transtornos alimentares.

MÉTODOS

O critério de seleção foi ser escolar do sexo feminino, na faixa etária de 15 a 30 anos, residente na cidade de Salvador, no Estado da Bahia. Elegeram-se para o estudo instituições de ensino de nível médio, localizadas no centro da cidade, devido à confluência de estudantes de outros bairros para essas escolas, a fim de garantir a diversidade racial e social, e instituições de ensino superior com cursos de Nutrição, Medicina, Enfermagem, Educação Física e Psicologia, devido à sua relação com o corpo e com a alimentação, e pela sugestão da literatura de serem os cursos que abrigam mais pessoas em risco de desenvolver transtornos alimentares^{8,14-17}.

Para definição da amostra, partiu-se de um estudo-piloto realizado com 81 estudantes de

Nutrição, oriundas de uma faculdade pública e de uma privada, devido à inexistência, na época, de estudos nacionais ou locais que levassem em consideração a diversidade étnico-racial. Neste estudo, o resultado foi de 8,6% para comportamentos de risco para transtornos alimentares, não oferecendo discrepância em relação aos resultados encontrados nos estudos de prevalência para esse transtorno. Assumiu-se 0,036 como erro absoluto máximo aceitável, um poder de amostra de 80,0% e nível de significância de 95,0%. O tamanho da amostra estimado ficou em torno de 411 mulheres, mas foi ampliado para 822 devido à aplicação do desenho de efeito (2,0), a fim de dar conta do possível efeito de conglomeramento em função do procedimento de amostragem aleatória em dois estágios.

Foram selecionadas aleatoriamente 12 escolas de ensino médio (4 públicas e 8 particulares) e 8 instituições de ensino superior (2 universidades públicas e 6 faculdades particulares). Entre as escolas de ensino médio particulares, 5 não autorizaram a realização da investigação. No segundo estágio da amostragem, procedeu-se ao sorteio de ao menos duas turmas, com média de 20 alunos, em cada uma das instituições de ensino selecionadas no primeiro estágio.

Foi possível obter um total de 626 questionários preenchidos no período de novembro de 2008 a agosto de 2009, o que representa aproximadamente 76% do número amostral definido estatisticamente. Uma das dificuldades em relação à coleta esteve relacionada ao tema da pesquisa, levando à recusa de algumas alunas.

Instrumentos

O *Eating Attitude Test* é uma versão em português, resumida, validada no meio científico, que avalia padrão alimentar desordenado. É um questionário autoaplicável com 26 questões e com 6 opções de respostas. Cada questão divide-se em 3 escalas do tipo Lickert, com variação de 0 a 3 pontos, de acordo com a escolha: nunca, raramente

ou às vezes=0; frequentemente=1; muito frequentemente=2; sempre=3. Um escore >20 revela risco para transtornos alimentares^{4,5,18,19}.

Body Shape Questionnaire (BSQ) - versão em português, também autoaplicável, com 34 questões que mensuram a preocupação com o corpo e o peso. Para cada questão, eram oferecidas 6 opções de resposta (nunca=1; raramente=2; às vezes=3; frequentemente=4; muito frequentemente=5; sempre=6). Um resultado menor que 80 indica ausência de preocupação com a imagem corporal; de 81 a 110, preocupação leve; de 111 a 140, preocupação moderada; acima de 140, grave preocupação com a imagem corporal^{4,7}.

Beck Depression Inventory - questionário autoaplicável que avalia a presença de sintomas depressivos, comorbidade importante dos transtornos alimentares. A versão em português consta de 21 itens, com 4 opções de resposta cada um, com variação de 0 a 3: cada questão admite múltipla escolha. Caso o resultado seja menor que 11, não há presença de depressão; se o resultado for de 12 a 19, há uma depressão de leve a moderada; de 20 a 35, depressão moderada a grave; e de 36 a 63, depressão grave^{4,10}.

A classificação étnico-racial ocorreu por autodeclaração, de acordo com os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - branca, preta, parda, amarela e indígena -, o que favorece a comparação com outros estudos.

A avaliação antropométrica utilizou os dados de peso e altura referidos. A literatura corrobora essa prática de que as avaliações baseadas apenas em dados referidos correspondem aos dados aferidos e, portanto, são válidas, podendo ser utilizados quando há necessidade de oferecer maior praticidade ao estudo²⁰⁻²². Para estimativa do Índice de Massa Corporal (IMC), foram seguidas as orientações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) do Ministério da Saúde²³, que recomenda a análise do IMC para adultos, de acordo com os valores de

referência (<18,5kg/m² magreza; 18,5kg/m² a 24,9kg/m² eutrofia; 25kg/m² a 29,9kg/m² sobrepeso; ≥30kg/m² obesidade). O IMC entre 17kg/m² e 18,4kg/m² foi classificado como magreza grau I; entre 16,9kg/m² e 16,0kg/m², como magreza grau II, e menor que 16kg/m², como magreza grau III, de acordo com a recomendação da World Health Organization²⁴, de 1997. Para a avaliação dos percentis entre as adolescentes, utilizou-se a curva de IMC por idade para meninas de 5 a 19 anos, da Organização Mundial de Saúde e adotada pelo Ministério da Saúde²⁵.

Os questionários foram aplicados no período de novembro/2008 a junho/2009 e distribuídos pelos investigadores, em sala de aula, após explicação quanto aos objetivos e à forma de preenchimento. As alunas levavam em torno de 20 minutos para responder aos formulários. Antes da abordagem, foi solicitada a autorização dos setores responsáveis pelas instituições, e o termo de consentimento informado foi assinado pelas alunas bem como pelos pais das menores de idade. Essa investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 033-07), de acordo com a Lei 196/96 do Conselho Nacional da Saúde.

Os dados coletados foram alimentados em dupla entrada e analisados com o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 15. A revisão da digitação do banco de dados foi realizada pela supervisora da equipe, e a correção, pelos mesmos pesquisadores que haviam realizado a digitação. Inicialmente, realizaram-se análises das variáveis sociais e demográficas, obtendo-se as medidas descritivas, número de casos (n) e prevalência dos agravos. Posteriormente, realizaram-se análises bivariadas (Teste Qui-quadrado de Pearson) bem como foi obtida a razão de chance *Odds Ratio (OR)*, com seu respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%), dos diversos fatores de risco (idade, raça/cor, tipo de instituição de ensino, tipo de curso, IMC) em relação aos desfechos considerados (comportamento alimentar desordenado, preocupações com o corpo e depressão). Para a análise multi-

variada, aplicou-se o modelo de regressão logística multinomial²⁶ em decorrência de as variáveis dependentes (desfechos) serem, na sua maioria, politômicas. O nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) foi adotado em todos os procedimentos estatísticos. Utilizou-se para a modelagem o programa Stata v.9.0, mediante o qual se empregaram procedimentos que levaram em conta o efeito do *cluster* em decorrência do desenho amostral em conglomerado. Para permitir as análises estatísticas, algumas categorias foram agrupadas.

RESULTADOS

Das 626 respondentes, 44,2% eram adolescentes (<20 anos). Mesmo após informação dos limites de idade, uma aluna com menos de 15 anos e 41 alunas acima de 30 anos responderam ao questionário, sem impedimento por parte dos pesquisadores devido ao risco de constrangimentos e estigmas associados ao tema da pesquisa. Quanto ao pertencimento étnico-racial, 45,9% das alunas se definiram como parda; as negras (somatório das que se definiram como pretas e pardas) representaram 78,0% da amostra. Em termos de escolaridade, 56,4% eram universitárias e 71,6% oriundas de instituições privadas. As alunas do ensino médio eram, na maioria, de escola pública (61,1%). Entre as universitárias, 25,0% faziam o curso de Psicologia. Para a avaliação do IMC, houve 8,1% de perdas devido às informações sobre peso e altura serem referidas. Para os 575 casos válidos, 69,0% das estudantes estavam eutróficas, ou seja, apresentavam peso condizente com a estatura e com a idade; 14,6% apresentavam algum grau de magreza, sendo mais prevalente a magreza grau I (Tabela 1).

Para o total de 610 casos válidos para os resultados do EAT, a frequência de comportamento alimentar desordenado foi de 6,6%. Estratificando-se por fases da vida, 6,9% das adolescentes e 6,3% das jovens adultas (≥20 anos) apresentaram esse comportamento. A análise

Tabela 1. Características sociodemográficas e nutricionais da amostra de escolares. Salvador (BA), 2009.

Características	Número	Percentual
<i>Idade (anos)</i>		
<20	277	44,2
20 a 25	229	36,6
26 a 30	66	10,6
>30	41	6,5
NR	13	2,1
<i>Raça/Cor</i>		
Branca	97	15,7
Preta	196	31,8
Parda	283	45,9
Amarela	26	4,2
Indígena	15	2,4
NA/NR	9	-
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Médio	270	43,6
Público	165	61,1
Privado	105	38,9
Ensino Universitário	349	56,4
Público	99	28,4
Privado	250	71,6
<i>Curso</i>		
Nutrição	36	5,8
Enfermagem	113	18,3
Psicologia	155	25,0
Medicina	8	1,3
Educação Física	37	6,0
<i>IMC (kg/m²)</i>		
Magreza Grau III (<16,0)	2	0,3
Magreza Grau II (16,0 - 16,9)	19	3,3
Magreza Grau I (17,0 - 18,4)	63	11,0
Eutrofia (18,5 - 24,9)	398	69,2
Sobrepeso (25,0 - 29,9)	72	12,5
Obesidade (≥30,0)	21	3,7

Nota: NA: Não se Aplica; NR: Não Respondeu; IMC: Índice de Massa Corporal.

estatística evidenciou que não houve diferença significativa entre a frequência de comportamento alimentar desordenado entre os grupos étnicos ($\chi^2=0,11$ $p=0,734$). Quanto à raça/cor, o maior percentual foi para as que se identificaram como amarelas ou indígenas (15,0%). Ao aplicar a regressão logística, com modelo multivariado ajustado para as potenciais variáveis de confusão identificadas (grupo de curso e IMC), encontrou-se associação entre comportamento alimentar desajustado e pertencimento racial ($\chi^2=11,65$ $p=0,0087$), e as mulheres definidas como amarelas ou indígenas tiveram 3,6 vezes mais chances de desenvolver comportamentos de risco para transtornos alimentares quando comparadas às brancas (Tabela 2).

Neste estudo, entre os fatores de risco para comportamento alimentar desordenado, estão tipo de instituição de ensino frequentado pelas alunas e o índice de massa corporal (Tabela 3). Estudantes de faculdades particulares (8,4%) estavam mais em risco de desenvolver esses comportamentos. Quanto ao IMC, ao aplicar a regressão logística, percebeu-se um sentido de proteção em relação ao desenvolvimento desses comportamentos, pois, à medida que o IMC aumenta, as chances de acontecer o comportamento alimentar desordenado diminuem.

Neste estudo, a frequência de preocupação com a imagem corporal foi de 34,0%, variando entre leve, moderada e grave. A distribuição por raça/cor indicou uma preocupação leve para as mulheres que se definiram como amarelas

Tabela 2. Comportamento alimentar desordenado por raça/cor em escolares de Salvador (BA), 2009.

Raça/Cor	Análise bivariada					Análise multivariada		
	EAT>20	(%)	OR	IC (95%)	<i>p</i>	OR ^a	IC (95%)	<i>p</i>
Branca	5	5,3	1			1		
Preta	12	6,2	1,2	0,52-2,60	0,705	1,17	0,45-3,09	0,744
Parda	17	6,1	1,2	0,45-2,97	0,758	1,25	0,46-3,45	0,655
Amarela/Indígena	6	15,0	3,1	1,11-8,90	0,031	3,59	1,02-12,64	0,047
Total	40	6,6						

Nota: EAT: *Eating Attitude Test*; OR^a: *Odds Ratio* ajustado; IC95%: Intervalo de Confiança 95%.

ou indígenas. A regressão logística evidencia ainda que as mulheres pardas têm 2,5 vezes mais chances de apresentar uma preocupação grave com a imagem corporal, e as amarelas ou indígenas 4,8 vezes mais chances. Essa associação entre preocupação com a imagem corporal e raça/cor assume significância quando são controlados alguns potenciais confundidores (curso, instituição e idade) na análise multivariada ajustada (Tabela 4). A preocupação com a imagem corporal e os com-

portamentos alimentares desordenados estavam presentes em 5,6% da amostra ($\chi^2=83,01$ $p=0,000$).

Para a avaliação da existência de depressão, as categorias de depressão moderada (escore de 20 a 35) e grave (escore >36) foram agregadas devido a sua pequena frequência. A depressão esteve presente em 28,2% da amostra: 18,6% têm depressão leve e 9,6%, depressão moderada a grave. Não houve associação estatística entre

Tabela 3. Fatores associados a comportamentos alimentares desordenados em escolares de Salvador (BA), 2009.

Variáveis	EAT \leq 20		EAT<20		OR ^a	IC (95%)	p
	n	(%)	n	(%)			
<i>Instituições de Ensino</i>							
Pública - nível superior	92	95,83	4	4,17	1		
Pública - nível médio	152	93,25	11	6,75	1,6	0,97-2,86	0,064
Particular - nível superior	185	91,58	17	8,42	2,1	1,45-3,07	0,000
Particular - nível médio	138	94,52	8	5,48	1,3	0,52-3,41	0,549
<i>Idade</i>							
<20	255	93,07	19	6,93	1		
\geq 20	315	93,75	21	6,25	0,9	0,47-1,70	0,734
<i>IMC</i>							
Magreza Grau I	65	98,48	1	1,52	1		
Magreza Grau II a III	24	96,00	1	4,00	0,04	0,00-0,37	0,005
Eutrofia	351	93,35	25	6,65	0,11	0,01-0,99	0,050
Sobrepeso	67	90,54	7	9,46	0,18	0,08-0,45	0,000
Obesidade	13	72,22	5	27,78	0,27	0,09-0,85	0,025

Nota: EAT: *Eating Attitude Test*; OR^a: *Odds Ratio* ajustado; IC95%: Intervalo de Confiança 95%; IMC: Índice de Massa Corporal.

Tabela 4. Frequência de preocupação com a imagem corporal por raça/cor em escolares de Salvador (BA), 2009.

Raça/Cor	Sem preocupação (<80)		Leve (81 - 110)		Moderada (111 - 140)		Grave (>140)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Branca	68	72,34	12	12,77	10	10,64	4	4,26	
Preta	130	66,67	26	13,33	24	12,31	15	7,69	
Parda	123	64,62	53	19,13	25	9,03	20	7,22	
Amarela/Indígena	70	57,50	9	22,50	4	10,00	4	10,00	
Total	400	66,01	100	16,50	63	10,40	43	7,10	
Análise Multivariada									
Raça/Cor	Leve			Moderada			Grave		
	OR ^a	IC95%	p	OR ^a	IC95%	p	OR ^a	IC95%	p
Branca	1			1			1		
Preta	1,13	0,47-2,70	0,786	0,89	0,38-2,07	0,784	2,82	0,81-9,78	0,102
Parda	1,73	0,91-3,29	0,092	0,89	0,46-1,74	0,738	2,50	1,01-6,18	0,048
Amarela/Indígena	2,61	1,14-5,99	0,023	1,22	0,42-3,61	0,710	4,76	1,45-15,65	0,010

Nota: OR^a: *Odds Ratio* ajustado; IC95%: Intervalo de Confiança 95%; BQS: *Body Shape Questionnaire*.

Tabela 5. Depressão por raça/cor em escolares de Salvador (BA), 2009.

Raça/Cor	Análise bivanda						Análise multivariada						
	Leve 12-19			Moderada a grave ≥20			Leve			Moderada a grave			
	n	%	OR	n	%	OR	OR ^a	IC95%	p	OR ^a	IC95%	p	
Branca	16	17,02	1	6	6,38	1	1				1		
Preta	38	19,79	1,30	23	11,98	2,11	1,05	0,59-1,86	0,866	1,54	0,48-4,93	0,463	
Parda	50	18,12	1,11	24	8,70	1,42	1,08	0,61-1,94	0,786	1,23	0,51-2,94	0,643	
Amarela/Indígena	8	20,00	1,33	5	12,50	2,22	0,84	0,45-1,60	0,604	1,58	0,64-3,90	0,319	
Total	112	18,60		58	9,63								

Nota: OR^a: Odds Ratio ajustado; IC95%: Intervalo de Confiança 95%.

existência de depressão e raça/cor (Tabela 5). Depressão e comportamento alimentar desordenado estavam presentes em 3,4% das participantes da amostra ($\chi^2=12,35$ $p=0,002$), e 2,9% apresentavam, além disso, preocupação com a imagem corporal ($\chi^2=67,52$ $p=0,000$).

DISCUSSÃO

No Brasil, 50,7% da população é composta de pessoas pardas e pretas, que, reunidas, configuram os negros do País. Em Salvador, cidade litorânea com quase 3 milhões de habitantes, 79,5% da população é negra e 78,8% das mulheres são negras²⁷. No entanto, não se tem explorado a influência de um padrão de beleza dominante, caracterizado por mulheres brancas, loiras e magras, em comportamentos de risco para transtornos alimentares nos grupos que fogem a esse padrão valorizado.

Neste estudo, as estudantes pardas e pretas representaram 78% da amostra, evidenciando que o processo de amostragem se adequou à realidade da cidade. No entanto, o grupo das amarelas e indígenas, que representa 1,7% da população feminina de Salvador (BA)²⁷, foi o que estava mais em risco para desenvolver comportamentos alimentares inadequados. O único estudo localizado no Brasil que avaliou transtornos alimentares em grupos diversos etnicamente foi o de Sampei *et al.*¹¹. Neste estudo, foi investigado o resultado do EAT-26 em adolescentes nipônicas (de descendência japonesa) e caucasianas, sem

nenhuma ascendência de outra etnia, na cidade de São Paulo. Para as caucasianas, o risco de comportamentos alimentares foi maior do que para as nipo-brasileiras, resultado contrário ao encontrado no presente trabalho. As autoras argumentam que possivelmente o nível de aculturação dessas jovens, que já fazem parte da terceira ou quarta geração no Brasil, seja grande, pois já assimilaram a cultura do País em termos de beleza. O estudo de Sampei *et al.*¹¹ e seus colegas, ao contrário do realizado em Salvador (BA), apenas comparou adolescentes brancas e nipônicas.

Outros estudos que comparam vários grupos étnicos mostram uma realidade diferente. No estudo de revisão realizado na Inglaterra, foram encontrados 58 trabalhos sobre transtornos mentais em pessoas diversas etnicamente, nos quais a maioria apresentava resultados positivos para Transtornos Alimentares (TA) em garotas do sul da Ásia, inclusive crianças²⁸. O artigo de Walcot *et al.*¹³ indica que alguns trabalhos sobre transtornos alimentares encontraram maiores frequências de comportamentos alimentares de risco entre asiáticas e negras, no entanto é mais comum, para as negras, a compulsão alimentar, e, para as asiáticas, a anorexia. Eles enfatizam também que há uma dificuldade de detecção ou diagnóstico desses comportamentos nesses grupos devido aos estereótipos quanto à aceitação do corpo roliço e do corpo magro para negros e asiáticos respectivamente.

Um estudo que avaliou sintomas comportamentais de transtornos alimentares em nativo-

-americanas verificou que as indígenas e nativo-americanas nos EUA apresentam-nos mais do que as brancas²⁹, reforçando a ideia de que esses transtornos não são tão incomuns quanto se pensa entre as ditas minorias étnicas, e que a dificuldade de diagnóstico devido aos estereótipos pode ser uma explicação.

Não houve diferença estatística entre as faixas etárias (adolescentes e jovens), o que evidencia que, nesta amostra, o fator idade não revelou diferenças importantes para comportamentos alimentares. No entanto, as que estudavam em faculdades particulares - que, na cidade de Salvador, são geralmente as que têm algum tipo de bolsa ou auxílio do governo, ou então as que trabalham para pagar os seus estudos -, parecem estar mais susceptíveis a comportamentos que podem levar aos transtornos de origem alimentar. Pode-se sugerir que essas jovens, de condição financeira menos privilegiada, são mais pressionadas pelos padrões de beleza vigentes, no entanto seriam necessários estudos que avaliassem a relação entre situação econômica e TA em Salvador (BA).

O índice de massa corporal mostrou-se inversamente relacionado ao risco de desenvolver comportamentos alimentares inadequados: à medida que o índice aumentava, a probabilidade de tais comportamentos diminuía. Ao contrário, no estudo de Sampei *et al.*¹¹, um valor maior do que 20 para o EAT foi encontrado nas adolescentes que apresentaram obesidade: resultado semelhante ao de Nunes *et al.*³⁰, em Porto Alegre (RS). O IMC tem se apresentado como fator de confundimento ao avaliar comportamentos alimentares de risco para transtornos alimentares, como revelou o presente estudo, portanto esse resultado deve ser considerado com parcimônia, e mais investigações com o recorte de raça/cor são necessárias para avaliar essa relação.

A frequência de 34,0% de preocupação com a imagem corporal reforça o comportamento de risco para TA na população estudada. Estudantes que se identificaram como pardas e amarelas ou indígenas são as que correm mais risco

de ter tais tipos de preocupação, portanto também são as que estão mais susceptíveis a insatisfação com a imagem corporal. Em estudo em Santa Catarina, a insatisfação com a imagem corporal revelou ser o maior fator de risco para sintomas de transtornos alimentares³¹. Em São Paulo (SP), as caucasianas pré-menarca tiveram mais insatisfação com a imagem corporal do que as nipo-brasileiras¹¹. O que parece claro é a relação entre insatisfação corporal e desenvolvimento dos TA, visto que, nesta investigação, 5,6% das estudantes apresentavam resultados positivos para o EAT e o BSQ.

Nos EUA, um estudo constatou que a insatisfação corporal media a relação entre IMC e risco para TA tanto para as nativo-americanas quanto para as brancas, e ambos os grupos respondem de forma similar à insatisfação corporal³². O estudo de Bosi *et al.*³³ confirma o fato de que a auto-percepção da imagem corporal é mais relevante como risco para desenvolvimento de transtornos alimentares do que o IMC em si. Uma das considerações quanto a esse fato é que quanto mais distante dos valores relacionados a sua etnia e quanto mais as jovens cedem à pressão dos valores culturais dominantes na sociedade sobre beleza e ideal de corpo, mais estão sujeitas à insatisfação e aos transtornos de origem alimentar. A identidade étnica, que é o sentimento de fazer parte de um grupo étnico, ao assumir seus valores, hábitos e práticas, teria um forte papel protetor para esses sintomas de risco³⁴.

A pressão social sofrida para alcançar um padrão estético diferente, aliada à insatisfação com a imagem corporal, pode levar também a uma autodepreciação, predispondo à depressão. Nessa investigação, a depressão esteve presente para 28,2% das jovens, mas, ao se avaliar a associação entre os comportamentos e os fatores de risco estudados, 3,4% das estudantes apresentaram valores >20 para EAT e depressão, e 2,9% também apresentaram algum tipo de insatisfação com a imagem corporal.

A frequência de depressão encontrada entre essas jovens é significativamente maior

do que a encontrada na população em geral (3%-5%)^{35,36} e entre pacientes ambulatoriais ou internados (5%-16%)³⁵. Há autores que salientam que a depressão é um dos fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, podendo aparecer como desencadeante do processo⁹. Nesse caso, a sua origem estaria em questões relacionadas a condições de vida, relacionamentos interpessoais, traumas etc. A depressão também pode aparecer como uma consequência dos distúrbios de ordem alimentar, caracterizada pela baixa autoestima, desesperança e incapacidade para ser feliz⁹. Outra questão importante é que a depressão também está relacionada com o nível de internalização da pressão social sofrida. Diferenças culturais na socialização da emoção, na aceitabilidade da expressão de emoções negativas ou no tipo de estratégias que os pais modelam para os seus filhos administrarem as emoções podem levar a diferenças no desenvolvimento da habilidade da regulação das emoções pelos grupos raciais ou étnicos, criando diferenças no risco de as adolescentes desenvolverem psicopatologias³⁷.

CONCLUSÃO

Os dados do presente estudo indicam que são as jovens que se identificam como amarelas ou indígenas as mais susceptíveis a desenvolver comportamentos de risco para transtornos alimentares, fato evidenciado pelos resultados do EAT e do BSQ. Isso contraria a hipótese dos autores de que as mulheres negras teriam maior comportamento de risco para esses transtornos, por sofrerem a pressão da cultura branca/europeia dominante na sociedade soteropolitana. Uma possível explicação para esse fato é a quase invisibilidade dos descendentes orientais ou indígenas nessa sociedade e os estereótipos sociais quanto ao corpo desejado, levando à falta de diagnósticos que considerem as diferenças culturais e étnicas relacionadas ao ideal de corpo e comportamentos alimentares e que possam promover uma intervenção preventiva quanto a esses transtornos. Há

também a possibilidade de que as mulheres que se identifiquem como pretas tenham mais fortalecida a assunção e a valorização das suas características fenotípicas, levando a um menor risco de insatisfação com a imagem corporal e, consequentemente, de condutas alimentares inadequadas. O mesmo pode não ser verdadeiro para as mulheres que se classificam como pardas (o que sugere uma ambiguidade quanto à identidade étnica), visto que apresentam 2,5 vezes mais chances para desenvolvimento de imagem corporal desajustada, o que é um indício de que, apesar do resultado do EAT, elas não estão protegidas quanto ao desenvolvimento dos TA. Ser aluna de faculdade particular também se apresentou como um fator de risco. Conclui-se que, entre as estudantes investigadas, há risco para desenvolvimento de transtornos alimentares para as mulheres não brancas, que fogem aos padrões hegemônicos de beleza.

A depressão se fez presente como uma comorbidade que deve ser considerada, principalmente quando é avaliada a pressão social sofrida pelos grupos populacionais que não representam a cultura dominante na sociedade, mesmo quando esse grupo não é uma minoria, como é o caso das jovens negras.

A equivalência entre a frequência de estudantes negras na amostra e a frequência de mulheres negras em Salvador (BA) é um indicador da possibilidade de generalizar tais achados para o grupo de estudantes em geral nesta sociedade. No entanto, por ter sido o primeiro estudo nesta cidade que investiga a possibilidade de transtornos alimentares e a dimensão racial/étnica, outros trabalhos precisam ser realizados, nessa mesma perspectiva, para validar os achados dessa investigação.

As pesquisas apresentam limitações. É preciso considerar o pequeno número de estudantes que se identificaram como amarelas ou indígenas, o que levou à necessidade de agrupamento dessas categorias para permitir a análise estatística, o que pode levar a pensar em um falso positivo para o EAT. De qualquer forma, deve-se considerar que

a análise multivariada, ao controlar os fatores de confundimento, apresentou resultados significativos estatisticamente.

Outro fator limitante foi o fato de que apenas 40 estudantes apresentaram EAT >20 no universo de mais de 600 jovens. Esse pequeno número pode ter interferido no poder de associação da amostra, mesmo considerando que valores pequenos são comuns em investigações que estudam transtornos alimentares, dada sua pequena prevalência, e que a análise multivariada apresentou resultados significativos. Dessa forma, pode-se sugerir que a associação de métodos qualitativos e quantitativos pode favorecer um estudo mais robusto e com maiores condições de inferências.

O índice de massa corporal, nesse estudo, foi uma variável de confundimento, assim como a faixa etária e o curso. No entanto, vale ressaltar que o número de perdas quanto a essa variável, devido à falta da informação do peso, da altura ou de ambos, foi um fator limitante que pode ter interferido nos resultados estatísticos.

REFERÊNCIAS

1. Associação Americana de Psiquiatria. DSM-IV-TR: manual diagnóstico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008.
2. George JBE, Franko DL. Cultural issues in eating pathology and body image among children and adolescents. *J Pediatr Psychol*. 2010; 35(3):231-42. doi: 10.1093/jpepsy/jsp064.
3. Miller CA, Golden MD. An introduction to eating disorders: Clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutr Clin Pract*. 2010; 25(2):110-5. doi: 10.1177/0884533609357566.
4. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(Supl 3):34-8. doi: 10.1590/S1516-44462002000700008.
5. Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto-SP. *J Bras Psiquiatr*. 2004; 53(6):339-46.
6. Featherstone M. Body, image and affect in consumer culture. *Body Soc*. 2010; 16(1):193-221. doi: 10.1177/1357034X09354357.
7. Di Pietro M, Silveira DX. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(1):21-4. doi: 10.1590/S1516-44462008005000017.
8. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(Supl 3):18-23. doi: 10.1590/S1516-44462002000700005.
9. Oliveira EA, Santos MA. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina*. 2006; 39(3):353-60.
10. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998 [acesso 2008 maio 2]; 25(5):245-50. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm>>.
11. Sampei MA, Sigulem DM, Novo NF, Juliano Y, Colugnat FAB. Eating attitudes and body image in ethnic Japanese and Caucasian adolescent girls in the city of São Paulo, Brazil. *J Pediatr*. 2009; 85(2):122-8. doi: 10.2223/JPED.1882.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
13. Walcot DD, Pratt HD, Patel DR. Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues. *J Adolescent Res*. 2003; 18(3):223-43. doi: 10.1177/0743558403018003003.
14. Vitolo MR, Bortolini GA, Horta RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diversas áreas de estudo. *Rev Psiquiatr*. 2006; 28(1):20-6. doi: 10.1590/S0101-81082006000100004.
15. Bosi MLM, Uchimura KY, Luiz RR. Eating behavior and body image among psychology students. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(3):150-5. doi: 10.1590/S0047-20852009000300002.
16. Rech CR, Araújo EDS, Vanat JDR. Autopercepção da imagem corporal em estudantes do curso de educação física. *Rev Bras Educ Fis Esporte*. 2010; 24(2):285-92. doi: 10.1590/S1807-55092010000200011.
17. Alvarenga MS, Phillipi ST, Lourenço BH, Sato PM, Scagliusi FB. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(1):44-51. doi: 10.1590/S0047-20852010000100007.
18. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL*. 1994; 16(1):7-10.

19. Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários auto-preenchíveis. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(3):236-45. doi: 10.1590/S1415-790X2005000300005.
20. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr.* 2001; 14(Supl): 3-6. doi: 10.1590/S1415-52732001000400001.
21. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2006; 55(2): 108-13. doi: 10.1590/S0047-20852006000200003.
22. Cachelin FM, Striegel-Moore RH. Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2006; 39: 154-61. doi: 10.1002/eat.20213.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentar e nutricional-SISVAN: orientações básicas para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília: MS; 2008.
24. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1997. Report of a WHO Consultation of Obesity.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Curva IMC por idade meninas dos 5 aos 19 anos (percentis). Brasília: MS; 2007 [acesso 2008 abr 13]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.
26. Hosmer DWJ, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2th ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Brasília: IBGE; 2011 [acesso 2012 set 14]. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
28. Goodman A, Patel V, Leon D A. Child mental health differences among ethnic groups in Britain: A systematic review. *BMC Public Health.* 2008; 8(258). doi: 10.1186/1471-2458-8-258.
29. Striegel-Moore RH, Rosselli F, Holtzman N, Dierker L, Becker AE, Swaney G. Behavioral symptoms of eating disorders in native americans: Results from the add health survey wave III. *Int J Eat Disord.* 2011; 44(6):561-6. doi: 10.1002/eat.20894.
30. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 23(1):21-7. doi: 10.1590/S1516-44462001000100006.
31. 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(3):503-12. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300004.
32. Lynch WC, Heil DP, Wagner E, Havens MD. Body dissatisfaction mediates the association between body mass index and risk weight control behaviors among white and native American adolescent girls. *Appetite.* 2008; 51(1):210-3. doi: 10.1016/j.appet.2008.01.009.
33. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2006; 55(2): 108-13. doi: 10.1590/S0047-20852006000200003.
34. Wood NAR, Petrie TA. Body dissatisfaction, ethnic identity, and disordered eating among african american women. *J Counseling Psychol.* 2010; 57(2):141-53. doi: 10.1037/a0018922.
35. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquitr Clín.* 2005; 32(3):149-59.
36. Caron J, Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: Comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can.* 2010; 30(3):84-94.
37. McLaughlin KA, Hilt LM, Nolen-Hoeksema S. Racial/ethnic differences in internalizing and externalizing symptoms in adolescents. *J Abnormal Child Psychol.* 2007; 35(5):801-16. doi: 10.1007/s10802-007-9128-1.

Received on: 15/6/2012
 Final version on: 5/12/2012
 Approved on: 1/3/2013