



Prevalência e Fatores de Risco das Perturbações do Comportamento Alimentar, em Adolescentes dos 12 aos 18 Anos, no Concelho de Manteigas

Prevalence and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents Aged Between 12 to 18 Years Old in Manteigas, Portugal

Joana Sebastião*✉, Daniel Sampaio**, Maria Raquel Barbosa***

RESUMO

Introdução: A rápida alteração no tamanho e forma corporais na adolescência, assim como a maior vulnerabilidade às influências socio-culturais, podem levar ao desenvolvimento de insatisfação com a imagem corporal, fator de risco para perturbações do comportamento alimentar.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência das perturbações do comportamento alimentar, procurando relacionar com eventuais fatores de risco.

Métodos: Participaram 107 estudantes, dos quais 59,8% do sexo feminino, com média de idade de 14,4 anos ($DP = 1,82$). Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação *online* constituído por cinco questionários: (a) sociodemográfico, (b) comportamentos alimentares, (c) suscetibilidade às pressões socioculturais e interiorização do ideal de beleza, (d) vinculação aos pais

e pares e (e) perturbação de comportamentos e atitudes alimentares.

Resultados e Conclusões: Foi detetado um caso de perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação e um possível caso de bulimia nervosa. Após estratificação por níveis de risco, observou-se que o grupo de maior risco apresentou um índice de massa corporal mais elevado, níveis de conhecimento e interiorização das influências socioculturais mais elevados e menor qualidade das relações de vinculação com os pais. Os preditores de risco mais significativos foram: sexo feminino, interiorização dos ideais socioculturais de beleza e a relação de vinculação com a mãe. Desta forma, deve ser apostado desde cedo em programas de prevenção focados na promoção de uma imagem corporal positiva e intervir nos principais contextos de socialização dos adolescentes (escola e família).

a) Baseado numa tese de Mestrado.

* Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal; ✉ joanaritasebastiao@gmail.com.

** Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal.

*** Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

 <https://orcid.org/0000-0003-2851-6212>

Recebido / Received: 09/11/2018 - Aceite / Accepted: 17/04/2020

Palavras-Chave: Prevalência; Fatores de risco; Perturbações do Comportamento Alimentar; Adolescentes; Vinculação.

ABSTRACT

Background: Rapid modifications in physical appearance such as size and body shape make adolescents especially vulnerable to social influences that may lead to the development of body image dissatisfaction, a major risk factor for the development of eating disorders.

Aims: The aim of this study was to determine the prevalence of eating disorders, seeking to relate to possible risk factors.

Methods: The study included 107 students, 59,8% (64/107) were female, with mean age of 14,4 years ($SD = 1,82$). Data was collected directly through an online guided protocol, which included five questionnaires: **(a)** sociodemographic, **(b)** eating behaviours, **(c)** susceptibility to sociocultural pressures and thin-ideal internalization, **(d)** parent and peer attachment and **(e)** eating behaviours and attitudes.

Results and Conclusions: One case of eating disorder not otherwise specified and one possible case of bulimia nervosa were detected. After stratification by risk levels, the higher risk group presented a statistically significant higher body mass index, higher level of knowledge and internalisation of sociocultural influences and worse quality of attachment relationships with the parents. The most significant risk predictors were: female sex, internalisation of the sociocultural ideals of beauty and the attachment

relationship to the mother. Thus, prevention programs focused on early promotion of positive body image are warranted. It would be important to intervene in the main contexts of adolescent socialization (schools and family).

Key-Words: Prevalence; Risk factors; Eating Disorders; Adolescents; Attachment.

INTRODUÇÃO

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são problemas psicopatológicos graves caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou nos comportamentos relacionados com a alimentação, resultando no consumo ou na absorção alterada de alimentos, comprometendo a saúde física e o funcionamento psicossocial. Dentro das perturbações psiquiátricas apresentam uma taxa de mortalidade elevada¹⁻³. Dados da literatura referem que o risco de desenvolvimento de PCA aumenta no início da adolescência^{2,4,5}. A rápida alteração na aparência física, tamanho e forma corporal, assim como a autoperceção, tornam este grupo mais vulnerável a influências que podem conduzir ao desenvolvimento de insatisfação com a imagem corporal (IC) e PCA^{4,6,7}.

As PCA têm sido frequentemente descritas em adolescentes do sexo feminino em países ocidentais, sendo os 14 anos a idade de maior risco^{4,5,8}. Efetivamente, e de um modo geral, a idade em que a Anorexia Nervosa (AN) ocorre estende-se dos 10 aos 25 anos, embora estejam descritos casos que surgiram antes ou após este intervalo⁹. A predominância de casos diagnosticados situa-se entre os 10 e os 14 anos para AN e entre os 15 e os 19 anos para a Bulimia

Nervosa (BN)^{10,11}. Anteriormente a 2013 os critérios de diagnóstico focavam principalmente os sintomas apresentados pelo sexo feminino, como o desejo pela magreza e a amenorreia¹². Após a implementação dos novos critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª edição (do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM-5) têm sido descritos aumentos de cerca de 28.9% de PCA no sexo masculino, revelando que a prevalência no sexo masculino tem sido subestimada¹².

Nas sociedades ocidentais a AN e a BN apresentam uma prevalência estimada de 0,3% e de 1%, respetivamente¹³. Segundo o DSM-5, a prevalência da AN entre jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4%. Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas estima-se uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1³. Relativamente à BN, a prevalência entre jovens do sexo feminino é de 1 a 1,5%. Uma vez que esta perturbação atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta, a prevalência é maior entre adultos. Quanto ao sexo masculino, a proporção estimada feminino-masculino é, à semelhança da AN, 10:1³. Em Portugal o primeiro estudo publicado neste âmbito foi realizado por Azevedo e Ferreira em 1992 nos Açores^{8,14}. A amostra compreendia 580 homens e 654 mulheres com idades entre os 12 aos 20 anos. Os autores relataram 2 casos de BN e 6 casos que cumpriam todos os critérios de AN exceto o do peso, concluindo que a prevalência de PCA nos Açores era muito baixa^{8,14}. Outro estudo realizado foi o de Carmo *et al.* em 1996 que avaliou 2422 mulheres entre os 10 e os 21 anos de idade na região

de Lisboa e Vale do Tejo e demonstrou uma prevalência de 0,4% para a AN, 12,6% para síndromes parciais e 7% para perturbação da IC^{8,14,15}. Mais tarde, um novo estudo de Carmo *et al.* em 1999 que avaliou 2398 estudantes do sexo feminino, para a mesma faixa etária, mas nos distritos de Lisboa e Setúbal, demonstrou uma prevalência de 0,37% para a AN e 12,6% para síndromes parciais de AN^{8,14,16}. Em 1999, Pocinho avaliou 224 homens e 325 mulheres com idades entre os 12 e os 22 anos da área de Coimbra e estimou uma prevalência de 0,60% para AN, de 1,2% para BN e 19% para Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE)^{8,14}. Mais recentemente, ainda na zona centro do país, Maria Dixe avaliou 1388 estudantes, de ambos os sexos, do ensino secundário e superior, com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos. Segundo os critérios do DSM IV não foram detetados casos de AN. No entanto, encontrou-se nas raparigas dos 14 aos 17 anos 3,4% de casos prováveis de situações parciais de AN (2,3% de anorexia restritiva e 1,1% de anorexia bulímica) e 6,3% de BN. Nas raparigas mais velhas (18 aos 25 anos) verificou-se 1,4% de situações parciais de AN (0,7% de anorexia restritiva e 0,7% de anorexia bulímica) e 3,4% de BN. Quanto aos rapazes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, os autores relataram 1,1% de situações subclínicas de AN e 3,5% de BN. Nos rapazes mais velhos (18 aos 25 anos) esses valores são ligeiramente inferiores, ou seja, não se relataram situações parciais de AN e apenas 0,6% dos jovens referiram comportamentos que os enquadram em situação de BN⁹. Ainda na zona centro, num estudo de 2012, Paulo Sousa avaliou

uma amostra constituída por 326 estudantes do 3º Ciclo e do Ensino Secundário. De acordo com os critérios presentes no DSM-IV-TR não foram encontrados casos de BN em nenhum dos sexos. Nas raparigas, foram encontrados 1,5% de casos prováveis de AN tipo Restritivo, 0% de casos prováveis de AN tipo Purgativa, 17,3% de casos prováveis de AN Restritiva Parcial e 6,1% de casos prováveis de AN Purgativa Parcial. Quanto aos rapazes, reportaram 0,8% de casos prováveis de AN tipo Restritivo, 0% de casos prováveis de AN tipo Purgativa, 5,2% de situações parciais de AN Restritiva e 1,8% de situações parciais de AN Purgativa¹⁷.

Num estudo conduzido no Minho por Machado *et al.* em 2004 com uma amostra de 486 estudantes do sexo feminino, com idades entre os 17 e os 35 anos, demonstrou que 25% das participantes apresentava um peso inferior ao normal e, quando foi inquirida para a presença de possíveis casos de PCA, 29 participantes cumpriam os critérios de diagnóstico para a BN, 50 de PIAC e 1 caso parcial de AN^{8,14}. No entanto, é difícil comparar os resultados de prevalência encontrados pelos vários autores destes estudos, uma vez que existe diferença ao nível das metodologias utilizadas, dos critérios de inclusão das populações estudadas, bem como os critérios de diagnóstico das PCA, que têm variado ao longo dos últimos trinta anos^{8,9,10,16}.

Tal como anteriormente referido, a adolescência é o período por excelência para surgimento de PCA. Efetivamente, na adolescência ocorrem uma série de transformações biopsicossociais onde, para além da maturação física e sexual, os indivíduos exploram e desenvolvem vários aspetos da sua identidade,

incluindo as percepções de seus corpos, para além da saída do núcleo familiar para o social^{6,7}. A evidência sugere que em adolescentes a insatisfação corporal está diretamente associada ao desenvolvimento de problemas e distúrbios alimentares, sendo que os principais fatores de risco associados à preocupação com a aparência corporal têm sido a exposição a determinadas mensagens dos meios de comunicação social, a interação com a família e os amigos¹⁸⁻²⁰.

OBJECTIVOS

Tendo em conta a escassez de estudos acerca da prevalência de PCA no nosso país, este trabalho tem como objetivo o estudo da prevalência das PCA e dos fatores de risco associados à insatisfação com a IC e às PCA em adolescentes, num contexto rural, tendo em conta a influência dos pais, pares e media, e variáveis sociodemográficas como o sexo e o Índice de Massa Corporal (IMC).

Com base na revisão da literatura e nos objetivos propostos foram definidas as seguintes hipóteses de investigação: **(H1)** Espera-se uma prevalência de PCA mais elevada no sexo feminino³, próxima de 0,3% para AN e de 1% para BN^{3,13}, com uma predominância de casos situados entre os 10 e os 14 anos para AN e entre os 15 e os 19 anos para BN^{10,11}; **(H2)** Espera-se que os adolescentes com nível de risco mais elevado de PCA sejam *(a)* predominantemente do sexo feminino^{21,22}, *(b)* de uma faixa etária mais baixa, apresentem *(c)* níveis de IMC superiores²³⁻²⁸, *(d)* maior nível de conhecimento e interiorização dos padrões de beleza²⁹⁻³³ e *(e)* relações de vinculação com o pai, mãe e pares mais inseguras^{23,34-36}.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

Dos 120 participantes disponíveis, quatro estudantes não entregaram o consentimento informado, livre e esclarecido autorizado pelos encarregados de educação, dois estudantes tinham necessidades educativas especiais e sete não estiveram presentes nas datas da recolha de dados, pelo que foram excluídos do estudo.

Deste modo, a amostra deste estudo é constituída por 107 estudantes ($n=107$) do Agrupamento de Escolas de Manteigas (AEM), dos quais 59,8% (64/107) do sexo feminino, com uma média de idade de 14,4 anos ($DP = 1,82$; $min. = 12$, $max. = 18$) e um IMC médio de $21,1 \text{ kg/m}^2$ ($DP = 3,70$; $min. = 14,7$, $max. = 33,1$). A **Tabela I** apresenta de forma sumariada a caracterização dos participantes.

Tabela I. Caracterização dos participantes.

Variável		n (%)
Idade	$M = 14,4$ ($DP = 1,82$), $min. = 12$, $max. = 18$	
Sexo	Masculino	43 (40,2%)
	Feminino	64 (59,8%)
Ano de Escolaridade	7º ano	22 (20,6%)
	8º ano	21 (19,6%)
	9º ano	29 (27,1%)
	10º ano	6 (5,60%)
	11º ano	13 (12,1%)
	12º ano	16 (15,0%)
Descrição Corporal (M-Masculino; F-Feminino)	Muito Magro	M 0; F 0 = 0 (0,00%)
	Magro	M 8; F 10 = 18 (16,8%)
	Nem Magro nem Gordo	M 28; F 45 = 73 (68,2%)
	Com Excesso de peso	M 7; F 7 = 14 (13,1%)
	Obeso	M 0; F 2 = 2 (1,90%)
Peso	$M = 55,9$ ($DP = 14,3$), $min. = 31,6$, $max. = 108,4$	
Altura	$M = 1,62$ ($DP = 0,10$), $min. = 1,37$, $max. = 1,91$	
IMC (M-Masculino; F-Feminino)	Baixo peso ($p < 5$)	M 2; F 0 = 2 (1,90%)
	Peso saudável (≥ 5 p < 85)	M 28; F 49 = 77 (72,0%)
	Excesso de peso (≥ 85 p < 95)	M 9; F 11 = 20 (18,7%)
	Obesidade ($p \geq 95$)	M 4; F 4 = 8 (7,50%)
		$M = 21,1$ ($DP = 3,70$), $min. = 14,7$, $max. = 33,1$

Nota: $M =$ média, $DP =$ desvio-padrão. A classificação do IMC neste estudo foi realizada de acordo com os percentis do Centers for Disease Control (CDC) para a idade e sexo.

Instrumentos

Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação em plataforma *online*, adaptado para o sexo feminino e masculino, constituído por:

a) Questionário sociodemográfico, desenvolvido para a recolha das principais variáveis sociodemográficas da população-alvo.

b) Questões sobre Comportamentos Alimentares, com base nos critérios do DSM-5 para a AN e BN, de forma a avaliar a prevalência das PCA.

c) Questionário sobre a suscetibilidade às pressões socioculturais e interiorização do ideal de beleza (*Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-Revised* - SATAQ-R; Heinberg, Thompson & Stormer, 1995, versão portuguesa de Francisco *et al.*, 2011), que permite avaliar o índice de conhecimento dos padrões da aparência física e a interiorização dos mesmos³⁷⁻³⁹. Esta versão demonstrou ter características psicométricas ajustadas, com bons resultados de consistência interna (α interiorização = .88 e α conhecimento = .85)^{29,40} e neste estudo revelou ser, também, uma medida fiável (α interiorização = .90 e α conhecimento = .88).

d) Questionário sobre a vinculação aos pais e pares na adolescência (*Inventory of Parent and Peer Attachment* - IPPA; Armsden & Greenberg, 1987, versão portuguesa de Neves, Soares & Silva, 1999), permite avaliar a qualidade da vinculação, nomeadamente as dimensões comportamentais, cognitivas e afetivas das relações com as figuras de vinculação: pai, mãe e pares⁴¹⁻⁴³. A versão portu-

guesa do IPPA demonstrou ter características psicométricas ajustadas com bons resultados de consistência interna (α mãe = .92, α pai = .95 e α pares = .93)⁴³ e neste estudo revelou ser, também, uma medida fiável (α mãe = .89, α pai = .94 e α pares = .93).

e) Questionário sobre comportamentos e atitudes alimentares: *Eating Disorder Examination Questionnaire* - EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994, versão portuguesa de Machado *et al.*, 2014) avalia, com referência aos últimos 28 dias, a psicopatologia das perturbações de comportamento e atitudes alimentares⁴⁴⁻⁴⁶. A versão portuguesa do EDE-Q demonstrou ter características psicométricas ajustadas com bons resultados de consistência interna (α global = .94; α restrição alimentar = .79; α preoc_alimentar = .72; α preoc_peso = .80; α preoc_forma = .90)⁴⁵, o que se verificou, também, neste estudo (α global = .95; α restrição = .84; α preoc_alimentar = .75; α preoc_peso = .85; α preoc_forma = .93).

Procedimentos

A recolha de dados foi realizada pela investigadora, de forma direta, em outubro de 2016. De acordo com a disponibilidade horária das turmas, em períodos de 45 minutos, os estudantes que reuniram os critérios de inclusão, e com autorização dos encarregados de educação para participar no estudo, foram pesados e medidos, numa balança com estadiómetro incorporado localizada numa sala selecionada para o efeito. Foram encaminhados, posteriormente, para a sala de informática onde realizaram, em aproximadamente 30 minutos, o preenchimento *online* do

protocolo de investigação construído para o presente estudo.

Para caracterizar os participantes foi utilizada a análise estatística descritiva univariada, através de tabelas de frequências adequadas à natureza dos dados. Seguidamente foram efetuadas análises diferenciais, através dos testes *t* de Student, e análise de variância (ANOVAS) com o intuito de explorar eventuais efeitos do sexo, da idade, do IMC, das variáveis socioculturais e das relações de vinculação na insatisfação com a IC e PCA. Finalmente foi testado um modelo de regressão multinomial, de forma a explorar quais os melhores preditores ou variáveis explicativas tendo como variável dependente três grupos de risco (o de menor risco, o de risco intermédio e o de maior risco). Recorreu-se à estatística paramétrica, no entanto, quando os pressupostos inerentes a estes testes (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias) não foram assegurados, prosseguiu-se a análise com recurso a testes não paramétricos. Ainda assim, quando os resultados obtidos pelos dois testes foram similares, optou-se por relatar os dados dos testes paramétricos. Em todas as análises foi utilizado como referência o nível de significância de $p \leq 0.05$.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML), pela Direção-Geral da Educação (DGE), pela Direção do AEM e autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). Todos os estudantes que participaram no estudo entregaram o consentimento informado, livre e esclarecido autorizado pelos encarregados de educação.

As versões portuguesas dos instrumentos utilizados neste estudo tiveram, também, a devida autorização dos autores.

RESULTADOS

A prevalência de casos de AN e BN foi realizada através da exploração das questões colocadas acerca dos comportamentos alimentares, recorrendo-se a filtros de respostas realizados na base de dados. Relativamente à pesquisa de casos de AN, foi detetado um participante do sexo masculino com 13 anos que referiu redução da ingestão alimentar, apresentou peso inferior ao percentil 5 de IMC, indicou medo de aumentar de peso, mesmo quando existe perda de peso; no entanto, mostrou estar satisfeito com o seu corpo. No que respeita à pesquisa de casos de BN, foram detetados 4 casos de compulsão alimentar, com falta de controlo, com uma frequência mínima de uma vez por semana durante os últimos três meses. Desses, (a) dois apresentaram o exercício físico como meio de controlo de peso, mas sem frequência ou tempo excessivo para se considerar método compensatório impeditivo de ganho de peso, e (b) dois apresentaram prática de jejum como método para controlo de peso, no entanto, apenas um deles cumpriu a frequência mínima de uma vez por semana para ser considerado método compensatório. Este participante, do sexo feminino com 14 anos, apresentou excesso de peso e insatisfação corporal por se achar “muito gorda”.

Está descrito na literatura que valores mais elevados da pontuação global do EDE-Q indicam maior propensão/risco para desenvolver PCA^{25,45,47}. Deste modo, foram criados três grupos, que representam níveis diferentes de

risco de PCA¹: o grupo de Menor Risco, representando os participantes mais satisfeitos com as dimensões avaliadas no EDE-Q (n= 40), o grupo Intermédio (n= 38) e o grupo de Maior Risco (n= 29). Para se avaliarem os efeitos das variáveis socioculturais nestes três grupos e se explorarem eventuais diferenças entre eles, foram realizadas análises de variância (ANOVA). Quando as diferenças foram estatisticamente significativas recorreu-se ao teste de Tukey para as análises de comparações múltiplas.

Por forma responder ao segundo objetivo deste estudo e a testar a **H2 (a)** foi realizado o teste de qui-quadrado. Contrariamente ao esperado e descrito em alguns estudos^{21,22} os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre sexos nos três grupos de risco [$\chi^2(2) = 2,86; p = 0,24$].

Quanto à **H2 (b)**, foram criados dois grupos: o grupo dos Mais novos (≤ 15 anos) e o grupo dos Mais velhos (≥ 16 anos) (Tabela II). Através do teste de qui-quadrado, os resultados não evidenciaram diferenças significativas nos três grupos [$\chi^2(2) = 2,95; p = 0,23$].

Tabela II. Diferentes grupos de risco em função da idade.

	n Mais novos (≤ 15 anos)	n Mais velhos (≥ 16 anos)	Total
Grupo de Menor Risco	30	10	40
Grupo de Risco Intermédio	22	16	38
Grupo de Maior Risco	21	8	29
Total	73	34	107

Relativamente à **H2 (c)** a comparação de grupos por ANOVA revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos. Especificamente, através dos testes *post hoc*, percebemos que existe uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de menor risco e o grupo de risco intermédio e entre o grupo de menor risco e o grupo de maior risco, não havendo diferenças significativas entre o grupo de maior risco com o grupo de risco intermédio (Tabela III).

Da mesma forma, e tal como esperado pela **H2 (d)** foram encontradas diferenças estatisticamente significativa entre os três grupos, denotando-se uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de menor risco e o grupo de maior risco e entre o grupo de maior risco e o grupo de risco intermédio, não havendo diferenças significativas entre o grupo de menor risco e o grupo de risco intermédio (Tabela III).

Finalmente, no que diz respeito às relações de vinculação e à análise da **H2 (e)**, esta foi parcialmente confirmada, mais precisamente quanto à relação com a figura materna e paterna. Contudo, não se verificaram diferenças entre os 3 grupos de risco relativamente à relação com os pares (Tabela III). Efetivamente, nas dimensões do IPPA, e nas subescalas Mãe e Pai, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos, mais precisamente entre o grupo de menor risco e o grupo de risco intermédio e entre o grupo de menor risco e o grupo de maior risco, não havendo di-

1 Optou-se por dicotomizar as 4 dimensões do EDE, tendo como ponto de corte a mediana (ponto médio). Criou-se então uma variável com 3 grupos (grupo 1 em nenhuma das dimensões os sujeitos estiveram acima da mediana (n=40); grupo 2, aqueles que obtiveram valores intermédios nas dimensões do EDE (n= 38) e o grupo 3, os que tiveram valores acima da mediana nas 4 dimensões do EDE (n= 29).

ferenças significativas entre o grupo de menor risco e o grupo de risco intermédio quer na relação com a mãe quer com o pai. Quanto à vinculação aos *Pares*, contrariamente ao esperado e indicado pela literatura em diversos estudos

e metodologias^{48,49}, não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa entre os três grupos e o significado clínico apresentado (h^2) também se revelou fraco/baixo.

Tabela III. Diferenças nos diferentes grupos de risco (ANOVAs), em função do IMC e das variáveis socioculturais (internalização, conhecimento, vinculação à mãe, ao pai e aos pares).

Variáveis	Menor risco (n=40) M (DP)	Risco Intermédio (n=38) M (DP)	Maior risco (n=29) M (DP)	F	p	η^2
IMC	b 19,7 (3,60)	a 21,8 (3,51)	a 22,0 (3,89)	4,58	0,012	0,08
SATAQ-R- Interiorização	b 1,99 (0,95)	b 2,13 (0,78)	a 3,13 (1,05)	14,5	< 0,001	0,22
SATAQ-R- Conhecimento	b 2,80 (0,85)	b 2,99 (0,83)	a 3,77 (0,64)	13,6	< 0,001	0,21
IPPA Mãe	a 4,29 (0,48)	b 3,93 (0,65)	b 3,72 (0,65)	8,14	0,001	0,14
IPPA Pai	a 4,12 (0,63)	b 3,67 (0,85)	b 3,40 (0,90)	7,52	0,001	0,13
IPPA Pares	3,96 (0,67)	3,71 (0,73)	3,82 (0,67)	1,26	0,288	0,02

Nota: letras diferentes indicam diferenças significativas no teste Tukey

De forma a explorar os melhores preditores de risco tendo em conta os 3 grupos criados anteriormente, foi realizada uma análise de regressão logística multinominal (Tabela IV) tendo como variável dependente os três grupos de risco e como preditores ou variáveis explicativas o sexo, a idade, o IMC, as pressões dos *media* (interiorização e conheci-

mento) e a vinculação ao pai, à mãe e aos pares. A categoria de referência é o grupo de maior risco.

O modelo de regressão logística é estatisticamente significativo [$\chi^2(16) = 56,6, p < .001$] e as variáveis explicam 46,3% (Nagelkerke R^2) da variabilidade do risco de desenvolvimento de PCA.

Tabela IV. Modelo de regressão logística multinominal relacionando os grupos de risco de PCA com o sexo, idade, IMC e as pressões dos *media* e a vinculação ao pai, à mãe e aos pares.

Grupo	Variável	B ^a	Significância (valor <i>p</i>) ^b	OR ^c	IC 95% OR ^d	
					Lim. Inf.	Lim. Sup.
Menor Risco vs Maior Risco	Sexo (F)	- 1,61	0,021	0,20	0,051	0,78
	Idade	- 0,036	0,844	0,97	0,67	1,38
	IMC	- 0,15	0,11	0,86	0,71	1,03
	SATAQ- Interiorização	- 0,82	0,050	0,44	0,19	1,00
	SATAQ – Conhecimento	- 0,68	0,18	0,51	0,19	1,38
	IPPA Mãe	1,46	0,030	4,31	1,15	16,1
	IPPA Pai	0,38	0,44	1,46	0,56	3,81
IPPA Pares	- 0,038	0,94	0,96	0,37	2,49	
Risco Intermédio vs Maior Risco	Sexo (F)	- 0,81	0,20	0,45	0,13	1,52
	Idade	0,18	0,30	1,20	0,86	1,67
	IMC	- 0,047	0,60	0,95	0,80	1,14
	SATAQ- Interiorização	- 0,68	0,050	0,50	0,25	1,00
	SATAQ – Conhecimento	- 0,78	0,086	0,46	0,19	1,12
	IPPA Mãe	0,54	0,35	1,71	0,56	5,23
	IPPA Pai	- 0,12	0,78	0,89	0,40	1,98
IPPA Pares	- 0,29	0,50	0,75	0,32	1,74	

Nota: Sexo (0 – masculino e 1 – feminino); ^aB = Coeficiente de regressão ^b $p \leq 0,05$; ^cOR = Odds Ratio; ^dIC 95% = Intervalos de confiança de 95%.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Analisando os comportamentos alimentares dos participantes, e de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5, podemos considerar neste estudo um caso de PCASOE³ e um possível caso de BN, apresentando uma prevalência de 0,93% desta PCA na população-alvo deste estudo. Contudo, fica a ressalva de que não foi dada definição de jejum aos participantes. Assim, a **H1** foi parcialmente confirmada, uma vez que não foi detetado nenhum caso de AN e o intervalo de idades para a BN foi inferior.

Neste sentido, o risco de desenvolver insatisfação com a IC e PCA nesta população é baixo, talvez pelo facto da mesma se encontrar num meio com predominância rural onde, de acordo com a literatura, a exposição aos diversos MCS e a pressão relacionada com ideais de aparência social e a interiorização dos mesmos é menor, quando comparada com meios predominantemente urbanos, conferindo-lhes assim proteção⁵⁰. Relativamente à **H2 (a)** os resultados indicam que os rapazes têm vindo ao longo do

tempo a sofrer cada vez mais pressões socio-culturais para atingir um corpo atlético e musculado, o que pode conduzir a comportamentos desviantes preditores de PCA de forma a alcançar o padrão de atratividade⁵¹⁻⁵³, o que poderá explicar a ausência de diferenças de sexo. Quanto à **H2 (b)** os resultados não mostraram diferenças uma vez que a insatisfação com a IC pode começar desde cedo e acompanhar os indivíduos ao longo de seu desenvolvimento, sendo mais saliente na altura das transformações físicas que caracterizam a puberdade²³, e onde devem ser incididos os programas preventivos. No entanto, na análise descritiva das idades dentro do grupo de maior risco (n=29), verificou-se que, na sua grande maioria, os participantes têm 14 anos (n=12), o que é reforçado pela investigação como a idade de maior risco para PCA^{4,5,8}. Relativamente à **H2 (c)**, tal como esperado, os resultados mostraram que o peso parece ser um fator de risco relevante para a insatisfação com a IC e desenvolvimento de PCA, o que tem sido corroborado pela literatura^{23,24,26-28,54}. Da mesma forma, e tal como esperado pela **H2 (d)**, os adolescentes com níveis mais elevados de conhecimento e interiorização do ideal de beleza social parecem ser aqueles que estarão em maior risco de desenvolver comportamentos de risco, insatisfação com a IC e PCA, tal como indica grande parte da investigação nesta área²⁹⁻³³. Finalmente, no que diz respeito às relações de vinculação e à análise da **H2 (e)**, tal como a investigação parece evidenciar, os adolescentes mais satisfeitos com o seu corpo e com menos comportamentos de risco quanto ao desenvolvimento de PCA, parecem ser aqueles que se caracterizam por relações parentais

significativas, percecionadas como seguras e de confiança^{23,34-36}. Quanto à vinculação aos *Pares*, neste estudo a relação de vinculação com os pares não apresentou impacto no risco de PCA.

No que respeita aos resultados do modelo de regressão logística o *sexo (o facto de ser rapariga)*, níveis elevados de *interiorização dos ideais de beleza social* e uma *relação de vinculação insegura com a mãe* demonstraram ser os melhores preditores de risco de insatisfação com a IC e PCA, quando comparado o grupo de menor risco com o grupo de maior risco. Os resultados indicam que por cada unidade incrementada no IPPA – relação com a mãe, a *chance* de pertencer ao grupo de menor risco é 4,31 (IC 1,15-16,1) vezes superior quando comparada com o grupo de maior risco. Isto é, o grupo de menor risco apresenta valores de vinculação à mãe superiores, quando comparado com os adolescentes pertencentes ao grupo de maior risco. No que respeita à interiorização dos ideais de beleza social, verificou-se que um nível inferior de interiorização conduz a uma redução do risco de 0,44 (IC 0,19-1,00) vezes no desenvolvimento de insatisfação com a IC e PCA. No que concerne ao sexo, o masculino apresenta 0,20 (IC 0,051-0,78) vezes menos risco. Assim estas variáveis apresentam um efeito protetor. No que concerne à comparação do grupo de risco intermédio com o grupo de maior risco apenas a *interiorização dos ideais de beleza social* apresenta relação estatisticamente significativa. Os resultados indicam que menor interiorização dos ideais de beleza social conduz a uma redução de 0,50 (IC 0,25-1,00) vezes do risco, conferindo assim efeito protetor.

Para terminar, podemos indicar a qualidade da relação com a mãe como o preditor mais saliente neste estudo (OR = 4,31), ressaltando-se o papel protetor que a relação com a figura materna pode ter na prevenção da insatisfação com a IC e de PCA.

Considerando os resultados deste estudo, existe uma necessidade de apostar desde cedo em programas de prevenção, particularmente para o sexo feminino, focalizados na promoção de uma IC positiva. Seria importante intervir nos principais contextos de socialização dos adolescentes, nomeadamente nas escolas e na família, por forma a sensibilizar a sociedade a questionar e reconsiderar o valor da aparência e a importância da construção de relações afetivas de segurança e confiança com os filhos. Um objetivo importante nos programas de prevenção será o desenvolvimento do sentido crítico, com a promoção e reflexão em grupo (grupos mistos) dos ideais de beleza veiculados pelos *media*, qual a sua natureza, como são manipulados, como os interiorizamos, para, de forma mais consciente, os adolescentes avaliarem as imagens transmitidas, com vista a desmistificar e desacreditar os ideais de corpo socialmente impostos.

Todavia, como em qualquer investigação, devem ser consideradas algumas limitações. Por um lado, um aspeto a ressaltar é referente à definição de jejum, que não foi apontada nas questões sobre comportamentos alimentares, não tendo sido indicado o período de tempo que este comportamento teria de ocorrer, deixando que o mesmo fosse interpretado pelos participantes (e.g., omissão de uma refeição principal); por outro lado, as respostas dos participantes sobre as suas relações com os

pais apenas mostram o seu ponto de vista sobre a relação que poderá não ir ao encontro da perceção da mesma pelas figuras parentais. Futuramente, seria interessante acompanhar estes participantes longitudinalmente e realizar nova avaliação (quantitativa e qualitativa) após entrada no ensino superior, altura de importantes mudanças desenvolvimentais e contextuais, comparando os resultados e compreendendo melhor estes processos de transição e as suas implicações.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento/ *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Magallares A. Social risk factors related to eating disorders in women. *Rev Latinoam Psicol.* 2013 Mar; 45(1): 147-54.
2. Rojo-Moreno L, Arribas P, Plumed J, Gimeno N, García-Blanco A, Vaz-Leal F *et al.* Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Res.* 2015 Mar; 227(1): 52-7.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013. p.338-54.

4. Mustață AE. The risk of eating disorders in adolescence and its association with the impact of the sociocultural attitudes towards appearance. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015; 187: 153-7.
5. Rohde P, Stice E, Marti CN. Development and Predictive Effects of Eating Disorder Risk Factors During Adolescence: Implications for Prevention Efforts. *Int J Eat Disord.* 2015 Mar 6; 48(2): 187-98.
6. Mahan LK, Escott-Stump S. Krause's: Food, Nutrition, & Diet Therapy. 11th ed. Philadelphia, US: Elsevier Saunders. 2004. p.284-300, 424.
7. WHO. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. Adolescent development. [Internet] [Citação: 2 de Julho de 2016.] Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/.
8. Machado P, Soares I, Sampaio D, Torres AR, Gouveia JP, Oliveira CV *et al.* Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Comportamento Alimentar.* 2004 Jan-Mar; 1(1): 1-8.
9. Dixe MA. Prevalência das Doenças do Comportamento Alimentar. *Anál Psicol.* 2007; 25(4), 559-569.
10. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Res.* 2016;238:225-227.
11. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open.* 2013;3:e002646.
12. Vo M, Lau J, Rubinstein M. Eating Disorders in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. *J Adolesc Health.* 2016; 59(4):397-400.
13. Rikani AA, Choudhry Z, Choudhry AM, Ikram H, Asghar MW, Kajal D *et al.* A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci.* 2013;20(4): 157-61.
14. Machado PP, Fernández ML, Gonçalves S, Martins C, Otero MC, Machado BC *et al.* Eating related problems amongst Iberian female college students. *Int J Clin Health Psychol.* 2004; 4(3): 495-504.
15. Do Carmo I, Reis D, Varandas P, Bouça D, Santos DP, Neves A *et al.* Prevalence of Anorexia Nervosa: a Portuguese Population Study. *Eur Eat Disord Rev.* 1996; 4(3): 157-70.
16. Do Carmo I, Reis D, Varandas P, Bouça D, Santos DP, Neves A *et al.* Epidemiologia da Anorexia Nervosa. Prevalência da Anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Med Port.* 2001; 14(3):301-16.
17. Sousa PG. Prevalência e sintomatologia associada a doenças do comportamento alimentar em adolescentes [Tese para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga; 2012.
18. Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord;* 2013; 46(5):433-9.
19. Knafo H. The development of body image in school-aged girls: A review of the literature from sociocultural, social learning theory, psychoanalytic, and attachment theory perspectives. *New School Psychol Bull.* 2016;13(2):1-16.
20. Barbosa MR. Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal [Tese]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2008.
21. Smink FR, Van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating

- disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord.* 2014; 47(6):610-9.
22. White HJ, Haycraft E, Goodwin H, Meyer C. Eating disorder examination questionnaire: Factor structure for adolescent girls and boys. *Int J Eat Disord.* 2014; 47(1):99-104.
 23. Barbosa MR, Matos PM, Costa ME. As Relações de Vinculação e a Imagem Corporal: Exploração de um Modelo. *Psic.: Teor e Pesq.* 2011 Jul-Set; 27(3): 273-82.
 24. Holsen I, Jones DC, Birkeland MS. Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI. *Body Image.* 2012;9(2): 201-8.
 25. Rø Ø, Reas DL, Stedal K. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2015;23(5):408-12.
 26. Rø Ø, Reas DL, Rosenvinge J. The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eat Behav.* 2012;13(2):158-61.
 27. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *J Psychosom Res.* 2002;53(5):985-93.
 28. Thompson JK, Shroff H, Herzog S, Cafri G, Rodriguez J, Rodriguez M. Relations Among Multiple Peer Influences, Body Dissatisfaction, Eating Disturbance, and Self-Esteem: A Comparison of Average Weight, At Risk of Overweight, and Overweight Adolescent Girls. *J Pediatr Psychol.* 2007;32(1):24-9.
 29. Francisco R, Espinoza P, González ML, Penelo E, Mora M, Rosés R *et al.* Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *J Adolesc.* 2015; 41:7-16.
 30. Te'eni-Harari T, Eyal K. Liking Them Thin: Adolescents' Favorite Television Characters and Body Image. *J Health Commun.* 2015;20(5):607-15.
 31. Tucci S, Peters J. Media influences on body satisfaction in female students. *Psicothema.* 2008; 20(4): 521-4.
 32. Chang FC, Lee CM, Chen PH, Chiu CH, Pan YC, Huang TF. Association of thin-ideal media exposure, body dissatisfaction and disordered eating behaviors among adolescents in Taiwan. *Eat Behav.* 2013; 14(3): 382-5.
 33. Michels N, Amenyah SD. Body size ideals and dissatisfaction in Ghanaian adolescents: role of media, lifestyle and well-being. *Public Health.* 2017;146:65-74.
 34. Hardit SK, Hannum JW. Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. *Body Image.* 2012;9(4):469-75.
 35. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: A review of current research. *Int J Eat Disord.* 2014;47(7):710-7.
 36. Szalai TD, Czeglédi E, Vargha A, Grezsa F. Parental Attachment and Body Satisfaction in Adolescents. *J Child Fam Stud.* 2017;26(4):1007-17.
 37. Heinberg LJ, Thompson JK, Stormer S. Development and Validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1995; 17(1):81-9.
 38. Thompson JK, Van den Berg P, Roehrig M, Guarda AS, Heinberg LJ. The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Development and Validation. *Int J Eat Disord.* 2004;35(3):293-304.

39. Sánchez-Carracedo D, Barrada JR, López-Guimerà G, Fauquet J, Almenara CA, Trepal E. Analysis of the factor structure of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ-3) in Spanish secondary-school students through exploratory structural equation modeling. *Body Image*. 2012;9(1):163-71.
40. Francisco R, Santos R, Oliveira L, Novo R. Portuguese version of SATAQ-R (version for research). Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011.
41. Faria C, Bastos A, Soares I, Silva C. Organização da vinculação e qualidade da relação com os pares. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2008;1:201-10.
42. Cunha AI, Relvas AP, Soares I. Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *Int J Clin Health Psychol*. 2009;9(2): 229-40.
43. Neves L, Soares I, Silva MC. Inventário da Vinculação na Adolescência – I.P.P.A. In: Simões MR, Gonçalves MM, Almeida LS. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (Vol. 2)*. Braga: APPORT/SHO; 1999. p. 37-48.
44. Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Koehler LG, Danzi LE, Riddell MK, Bardone-Cone AM. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image*. 2012;9(1):43-9.
45. Machado PP, Martins C, Vaz AR, Conceição E, Bastos AP, Gonçalves S. Eating Disorder Examination Questionnaire: Psychometric Properties and Norms for the Portuguese Population. *Eur Eat Disord Rev*. 2014; 22(6): 448-53.
46. Chan CW, Leung SF. Validation of the Eating Disorder Examination Questionnaire: an *online* version. *J Hum Nutr Diet*. 2015; 28(6): 659-65.
47. Aardoom JJ, Dingemans AE, Slof Op't Landt MCT, Van Furth EF. Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eat Behav*. 2012;13(4):305-9.
48. 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(7); 727–37.
49. Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ, Pamies Aubalat L, Botella Ausina J, Treasure J. Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2013;28(4):199-206.
50. Karsli Y, Karsli TA. Media Effects on Body Image and Eating Attitudes of the Women Living in Metropolitan and Rural Areas in a Turkish Population. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;205: 99-102.
51. Mustapic J, Marcinko D, Vargek P. Predictors of drive for muscularity among adolescent males. *Stud Psychol*. 2015; 57(3): 203-13.
52. De Jesus AY, Ricciardelli LA, Frisé A, Smolak L, Yager Z, Fuller-Tyszkiewicz M et al. Media internalization and conformity to traditional masculine norms in relation to body image concerns among men. *Eat Behav*. 2015; 18: 137-42.
53. Lopez V, Corona R, Halfond R. Effects of gender, media influences, and traditional gender role orientation on disordered eating and appearance concerns among Latino adolescents. 2013;36(4):727-36.
54. Papp I, Urbán R, Czeglédi E, Babusa B, Túry F. Testing the Tripartite Influence Model of body image and eating disturbance among Hungarian adolescents. *Body Image*. 2013;10(2):232–42.