

# Sintomas de transtorno alimentar: associação com os traços perfeccionistas em adolescentes do sexo masculino

LEONARDO DE SOUSA FORTES<sup>1,2</sup>, FLÁVIA MARCELE CIPRIANI<sup>2</sup>, SEBASTIÃO DE SOUSA ALMEIDA<sup>3</sup>, MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Núcleo de Educação Física e Ciências do Esporte da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Recebido: 24/7/2013 – Aceito: 24/8/2014

DOI: 10.1590/0101-60830000000024

## Resumo

**Contexto:** Evidências indicam relação entre o perfeccionismo e os sintomas de transtorno alimentar (STA). No entanto, nenhuma evidência empírica foi encontrada na literatura científica brasileira. Ademais, estudos com o sexo masculino são escassos. **Objetivo:** Analisar uma possível associação entre os STA e os traços de perfeccionismo em adolescentes do sexo masculino. **Métodos:** Participaram 368 adolescentes com idade entre 12 e 15 anos. Utilizaram-se as subescalas do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) e a *Multidimensional Perfectionism Scale* para avaliar os STA e os traços de perfeccionismo, respectivamente. **Resultados:** Os resultados indicaram associação estatisticamente significativa entre o alto traço de perfeccionismo e os STA ( $X^2 = 16,40$ ;  $Wald = 15,92$ ;  $p = 0,001$ ). Ademais, os achados não demonstraram diferenças nos escores das subescalas Dieta ( $F_{(1,367)} = 2,14$ ;  $p = 0,23$ ) e Bulimia e Preocupação com Alimentos ( $F_{(1,367)} = 2,44$ ;  $p = 0,19$ ) em razão dos grupos de perfeccionismo. No entanto, evidenciou-se maior escore na subescala Autocontrole Oral do EAT-26 no grupo com alto traço perfeccionista quando comparado aos adolescentes com baixo traço de perfeccionismo ( $F_{(1,367)} = 13,88$ ;  $p = 0,02$ ). **Conclusão:** Os STA estiveram associados ao perfeccionismo em adolescentes do sexo masculino.

Fortes LS et al. / Arch Clin Psychiatry. 2014;41(5):117-20

**Palavras-chave:** Transtornos alimentares, perfeccionismo, adolescentes.

## Introdução

Os sintomas de transtorno alimentar são caracterizados por condutas alimentares deletérias à saúde, tais como: restrição alimentar por longos períodos, vômito autoinduzido, uso de laxantes/diuréticos para a redução de peso corporal, prática extenuante de atividade física e uso de esteroides anabólicos androgênicos para o ganho de massa muscular<sup>1,2</sup>. Esses sintomas fazem parte dos critérios diagnósticos para os transtornos alimentares como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa<sup>3</sup>. Evidências indicam que aproximadamente 30% dos adolescentes apresentam sintomas de transtorno alimentar<sup>4-6</sup>. Mais especificamente, aproximadamente 20% dos adolescentes do sexo masculino são acometidos por esses sintomas<sup>7,8</sup>, embora os estudos sejam escassos, pois se costuma considerar o sexo masculino como população de baixo risco para o desencadeamento de transtornos alimentares<sup>2,7</sup>.

Segundo Fortes *et al.*<sup>8</sup>, vários fatores podem ter relação com os sintomas de transtorno alimentar, a saber: morfologia corporal, etnia, nível econômico, sexo, faixa etária, estado de humor, entre outros. No entanto, alguns pesquisadores salientam que os sintomas para tais transtornos podem estar associados aos traços da personalidade, por exemplo, o perfeccionismo<sup>9,10</sup>. Este, por sua vez, é caracterizado por elevados padrões de exigência, críticas na avaliação do seu próprio comportamento, sentimentos de insucesso e crenças de que as pessoas o avaliam de forma rigorosa<sup>11</sup>. Estudos sugerem que os pacientes com diagnóstico clínico de transtorno alimentar podem demonstrar altos traços perfeccionistas<sup>3,12</sup>, o que indica a importância de investigar a existência de associação entre o perfeccionismo e os sintomas de transtorno alimentar em adolescentes.

Durante a adolescência, fase compreendida dos 10 aos 19 anos de idade<sup>13</sup>, ocorre aumento da massa muscular e redução da gordura corporal relativa no sexo masculino<sup>14</sup>, o que está de acordo com o padrão morfológico vigente na cultura ocidental<sup>15,16</sup>. Todavia, muitos dos adolescentes fogem desse padrão por causa do estilo de vida sedentário e da má alimentação corriqueira que demonstram<sup>7</sup>. Ao considerar que a adolescência é fundamental ao processo de desenvolvimento da personalidade<sup>11</sup> e que os jovens, rotineiramente, sentem-se cobrados por agentes socioculturais (pais, amigos e mídia) a se adequarem à estética corporal com delineamento muscular<sup>8</sup>, esses jovens poderão ter chances aumentadas para o desenvolvimento de altos traços de perfeccionismo.

Embora evidências indiquem associação entre o perfeccionismo e os sintomas de transtorno alimentar<sup>15-18</sup>, nenhuma investigação de âmbito nacional foi encontrada. Algumas investigações têm indicado maior vulnerabilidade para os transtornos alimentares em pessoas perfeccionistas em comparação com as não perfeccionistas<sup>15-18</sup>. Todavia, cabe ressaltar que, segundo alguns autores<sup>19</sup>, existem diferenças culturais a respeito da ênfase direcionada ao corpo entre distintas localizações geográficas, o que pode acarretar o aumento ou atenuação de frequência de adoção dos sintomas de transtorno alimentar entre os jovens. Desse modo, apesar de pesquisas realizadas em outros países<sup>15-18</sup> apontarem relação positiva entre o perfeccionismo e os sintomas de transtorno alimentar, existe a possibilidade de essa associação não ser verdadeira para a realidade brasileira. Ademais, vale destacar que boa parte dessas pesquisas foi procedida exclusivamente com o sexo feminino<sup>15,18</sup>. Assim, tem sido dada pouca atenção ao sexo masculino em estudos sobre os sintomas de transtorno alimentar<sup>7,8,20,21</sup>. Diante dos argumentos supracitados, o objetivo do estudo foi analisar uma possível associação entre os sintomas de transtorno alimentar e os traços de perfeccionismo em adolescentes do sexo masculino.

Por conseguinte, algumas hipóteses foram formuladas com base no que a literatura científica tem preconizado<sup>9</sup>: 1) adolescentes com altos traços perfeccionistas apresentam mais chances para o desencadeamento de sintomas de transtorno alimentar; 2) jovens com altos traços perfeccionistas demonstram maior frequência de restrição alimentar e percepção de forças ambientes estimulantes à ingestão alimentar.

Do ponto de vista prático, caso se evidencie relação positiva entre o perfeccionismo e os sintomas de transtorno alimentar em adolescentes do sexo masculino, futuramente jovens que sejam analisados com traços perfeccionistas poderão ser encaminhados para acompanhamento com psicólogo com o intuito de prevenção contra o desenvolvimento de um transtorno alimentar.

## Métodos

### Procedimentos

Os diretores de 11 escolas (cinco privadas e seis públicas) foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos e procedimentos. No entanto, somente oito deles (quatro

privadas e quatro públicas) concordaram em liberar os alunos para participação nas coletas. Após a autorização das direções das escolas, foram realizadas reuniões com cada uma das turmas, a fim de explicar os objetivos e procedimentos necessários para inclusão dos escolares no estudo. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos adolescentes, pedindo-lhes que devolvessem devidamente assinados pelos responsáveis na semana seguinte, em caso de assentimento de sua participação voluntária.

A pesquisa foi realizada em dois momentos. Na primeira etapa os alunos responderam aos instrumentos *Eating Attitudes Test* (EAT-26), *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS) e *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Essa etapa foi realizada em grupo, por um único pesquisador, que padronizou as explicações verbais. Por conseguinte, após o preenchimento dos questionários, os alunos foram encaminhados individualmente a uma sala ao lado para aferição das medidas antropométricas (peso, estatura e dobras cutâneas).

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

### Amostra

Trata-se de estudo transversal, de base escolar, realizado no ano de 2012 na cidade de Juiz de Fora/MG, com adolescentes do sexo masculino, na faixa etária entre 12 e 15 anos.

Segundo informações da Secretaria de Educação de Juiz de Fora, a população de adolescentes do sexo masculino com idade entre 12 e 15 anos, matriculados nas escolas do município em 2011, era de aproximadamente 32 mil jovens. Desse modo, realizou-se cálculo amostral utilizando os seguintes critérios, seguindo as recomendações de Alves *et al.*<sup>22</sup>: prevalência de 30% para sintomas de transtorno alimentar segundo achados de Fortes *et al.*<sup>7</sup>, 95% de confiança, 5% de erro amostral e 1,2 para efeito de desenho, totalizando 321 escolares que deveriam ser avaliados para obter amostra que fosse representativa da população.

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

Foram incluídos na pesquisa somente os jovens que apresentaram o TCLE assinado pelo responsável e que estavam regularmente matriculados no ensino fundamental na cidade de Juiz de Fora/MG no ano de 2012.

Participaram do estudo 404 meninos, dos quais 36 foram excluídos por não responder aos questionários por completo ou por não participar das avaliações antropométricas, totalizando uma amostra final de 368 adolescentes.

### Instrumentos

Para avaliar os sintomas de transtorno alimentar foi aplicado o EAT-26<sup>23</sup>, validado por Fortes *et al.*<sup>24</sup> para meninos adolescentes brasileiros. O questionário é composto por 26 questões, distribuídas em três fatores: 1) dieta – diz respeito à recusa patológica a alimentos com grande teor calórico e preocupação com a aparência física; 2) bulimia e preocupação com os alimentos – refere-se a episódios de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos purgativos para perda/controlar de peso corporal; 3) autocontrole oral – reflete o autocontrole em relação à comida e avalia as forças ambientais e

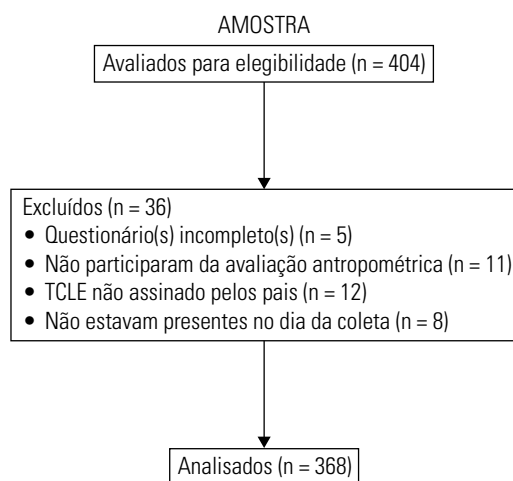


Figura 1. Fluxograma do recrutamento amostral.

sociais estimulantes à ingestão alimentar. O avaliado tem seis opções de resposta em cada item, que variam de 0 (poucas vezes, quase nunca e nunca) a 3 (sempre). A única questão que apresenta pontuação em ordem reversa é a 25. O escore do EAT-26 é feito pela soma de seus itens. Quando o total é maior ou igual a 20, a presença de sintomas de transtorno alimentar é positiva (EAT+). No estudo de validação, Fortes *et al.*<sup>24</sup> evidenciaram consistência interna de 0,87. Para a presente amostra, encontrou-se valor para a consistência interna de 0,89, avaliada pelo alfa de Cronbach.

O perfeccionismo foi avaliado pela MPS<sup>25</sup>, validada para a língua portuguesa por Soares *et al.*<sup>11</sup>. A escala é composta por 45 itens, que buscam avaliar traços de comportamentos relacionados ao perfeccionismo. As questões da MPS estão dispostas em escala do tipo *Likert* e variam de 1 (discordo completamente) a 7 (concordo completamente), divididas em três dimensões: 1) perfeccionismo auto-orientado, que envolve cognições e comportamentos relacionados a si próprio, autoavaliações exigentes, motivações pela busca da perfeição e modos de evitar o insucesso; 2) perfeccionismo socialmente prescrito, que diz respeito à necessidade de atingir os padrões e as expectativas prescritas por pessoas significativas e crença de que as pessoas o avaliam de forma rigorosa e exercem pressão para que sejam perfeitos; e 3) perfeccionismo orientado para os outros, que se refere às crenças e expectativas relativas às capacidades e ao desempenho das outras pessoas. O escore total pode variar de 45 a 315. Quanto maior o escore, maior é o comportamento perfeccionista. Em razão da análise dos dados, consideraram-se os adolescentes com escore igual ou superior a 153,00 (percentil 50) com alto perfeccionismo (MPS+). O teste de alfa de Cronbach revelou consistência interna de 0,81 para a MPS.

A insatisfação corporal foi avaliada pelo BSQ<sup>26</sup>. O BSQ é um instrumento de autoperenchimento composto por 34 perguntas no formato de escala do tipo *Likert* de pontos, variando de 1 (nunca) a 6 (sempre), que busca avaliar a frequência de preocupação ou descontentamento que o jovem tem com o peso e a aparência física, ou seja, a sua insatisfação corporal. Quanto maior o escore, maior é a depreciação que o avaliado tem com a sua aparência corporal. Esse questionário foi validado para a população adolescente brasileira<sup>27</sup>. Para a presente amostra, foi calculada a consistência interna pelo alfa de Cronbach, obtendo-se valor de 0,94. Levando em consideração que a insatisfação corporal pode influenciar os sintomas de transtorno alimentar<sup>8</sup>, optou-se por controlar os escores do BSQ nas análises estatísticas.

A massa corporal foi mensurada utilizando-se uma balança digital portátil da marca Tanita com precisão de 100 g e capacidade máxima de 200 kg. Utilizou-se estadiômetro portátil com precisão de 0,1 cm e altura máxima de 2,20 m da marca Welmy para aferir a estatura dos adolescentes. O índice de massa corporal (IMC) foi obtido utilizando o cálculo: IMC = massa corporal (kg)/estatura (m<sup>2</sup>). Em razão de alguns estudos demonstrarem a influência do IMC nos

sintomas de transtorno alimentar<sup>6,7</sup>, optou-se por controlar o IMC nas análises estatísticas.

Para o cálculo do percentual de gordura, foi utilizado o protocolo para adolescentes desenvolvido por Slaughter *et al.*<sup>28</sup>. Foram aferidas as dobras cutâneas tricipital e subescapular, de acordo com as padronizações determinadas pela *Internacional Society for Advancement for Kineanthropometry*<sup>29</sup>, utilizando-se um compasso (adipômetro) científico da marca Lange® (Cambridge Scientific Industries Inc.), com precisão de 1 mm. As medidas foram tomadas de forma rotacional e coletadas três vezes, sendo considerada a média dos valores. Em virtude de os achados de algumas investigações indicarem influência da gordura corporal sobre os sintomas de transtorno alimentar<sup>5,8</sup>, o percentual de gordura foi controlado nas análises estatísticas.

## Análise estatística

Conduziu-se o teste Kolmogorov-Smirnov para avaliar a distribuição das variáveis do estudo. Em razão da não violação paramétrica dos escores do EAT-26 e MPS, utilizaram-se medidas de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão, erro-padrão, mínimo e máximo) e frequência relativa para descrever as variáveis da investigação. Conduziu-se a regressão logística binária para analisar a associação das classificações dicotômicas estabelecidas para MPS (MPS  $\geq$  153,00) e EAT-26 (EAT  $\geq$  20). A análise multivariada de covariância (MANCOVA) foi utilizada para comparar os escores das subescalas do EAT-26 com base nas classificações dicotômicas estabelecidas para a MPS. O teste *post hoc* de Bonferroni foi aplicado para identificar possíveis diferenças estatísticas. Por fim, foi calculado o tamanho do efeito, representado pela sigla “*d*”, para evidenciar a importância das diferenças do ponto de vista prático. Todos os dados foram tratados no *software* SPSS 17.0, adotando-se nível de significância de 5%.

## Resultados

Os resultados indicaram que 19,02% e 49,4% dos adolescentes demonstraram sintomas de transtorno alimentar (EAT+) e alto traço de perfeccionismo (MPS+), respectivamente. Os dados descritivos de todas as variáveis do presente estudo podem ser visualizados na tabela 1.

**Tabela 1.** Valores descritivos das variáveis do estudo

Variável	Mínimo	Máximo	Média	DP
EAT-26	0	63	13,77	9,44
MPS	80	261	142,09	28,93
BSQ	34	162	71,55	19,67
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	15,33	38,49	21,52	0,78
%G	4,19	41,28	20,11	2,05
Idade (anos)	12	15	13,80	0,83

DP: desvio-padrão; EAT-26: *Eating Attitudes Test*; MPS: *Multidimensional Perfectionism Scale*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; IMC: índice de massa corporal; %G: percentual de gordura.

O modelo de regressão logística, descrito na tabela 2, apontou associação estatisticamente significativa entre o alto traço de perfeccionismo (MPS+) e os sintomas de transtorno alimentar (EAT+) ( $X^2 = 15,87$ ;  $Wald = 15,04$ ;  $p = 0,001$ ). Os jovens com escores iguais ou maiores a 153,00 na MPS demonstraram 92% de chances a mais para os sintomas de transtorno alimentar (EAT+) quando comparados aos adolescentes com escores inferiores.

**Tabela 2.** Razão de chances para os sintomas de transtorno alimentar (categoria de referência: EAT-26  $\geq$  20) em adolescentes do sexo masculino em razão das classificações da MPS

Variável	Classificação	OR	IC (95%)
Perfeccionismo*	MPS- (< 153,00)	1,00	-
	MPS+ ( $\geq$ 153,00)	1,92	1,49-5,71

EAT-26: *Eating Attitudes Test*; MPS: *Multidimensional Perfectionism Scale*; OR: razão de chances (*odds ratio*); IC: intervalo de confiança; \*  $p < 0,05$ .

A análise multivariada de covariância não demonstrou diferenças nos escores das subescalas Dieta ( $F_{(1,367)} = 2,09$ ;  $p = 0,22$ ;  $d = 0,1$ ) e Bulimia e Preocupação com Alimentos ( $F_{(1,367)} = 2,31$ ;  $p = 0,20$ ;  $d = 0,2$ ), em razão dos grupos de perfeccionismo (Tabela 3). No entanto, o *post hoc* de Bonferroni apontou maior escore na subescala Autocontrole Oral do EAT-26 no grupo com alto traço perfeccionista (MPS+), quando comparado aos adolescentes com baixo traço de perfeccionismo ( $F_{(1,367)} = 13,96$ ;  $p = 0,01$ ;  $d = 0,5$ ), conforme ilustrado na tabela 3.

**Tabela 3.** Comparação dos escores das subescalas do EAT-26 em função dos grupos de perfeccionismo em adolescentes do sexo masculino

Variável	Grupo		p valor
	Baixo (MPS < 153,00)	Alto (MPS $\geq$ 153,00)	
Média (EP)			
Dieta	4,92 ( $\pm$ 0,82)	5,14 ( $\pm$ 1,11)	$\leq$ 0,22
Bulimia e preocupação com alimentos	2,22 ( $\pm$ 0,64)	2,38 ( $\pm$ 0,73)	$\leq$ 0,20
Autocontrole oral	1,70 ( $\pm$ 1,06)	4,58 ( $\pm$ 1,41)	$\leq$ 0,01

EP: erro-padrão; MPS: *Multidimensional Perfectionism Scale*.

## Discussão

A pesquisa teve como objetivo analisar uma possível associação entre os sintomas de transtorno alimentar e os traços de perfeccionismo em adolescentes do sexo masculino. Evidências têm apontado relação entre o perfeccionismo, considerado um dos traços da personalidade, e os sintomas de transtorno alimentar<sup>15-18</sup>. No entanto, até o momento, nenhuma evidência concreta foi apresentada na literatura científica brasileira. Vale destacar, ainda, que os estudos com o sexo masculino sobre fatores associados aos sintomas de transtorno alimentar são escassos<sup>7,8</sup>.

Os achados do presente estudo indicaram prevalência de 19,02% para os sintomas de transtorno alimentar. Embora existam poucos dados na literatura a respeito da prevalência desses sintomas em jovens do sexo masculino<sup>7,8</sup>, parece que a frequência das condutas alimentares deletérias à saúde de meninos tem aumentado nos últimos anos<sup>21</sup>. Estudos têm apontado a mídia como a principal responsável por esse fato<sup>2</sup>. De acordo com Rodgers *et al.*<sup>20</sup>, as propagandas de televisão e revistas costumam apresentar modelos masculinos com muscularidade corporal bastante saliente, o que repercute no desejo de meninos adolescentes em adequarem-se aos padrões estéticos culturais, acarretando, em alguns casos, no desencadeamento de sintomas de transtorno alimentar.

Os resultados concernentes ao perfeccionismo indicaram associação estatisticamente significativa com os sintomas de transtorno alimentar. Meninos com alto padrão de perfeccionismo demonstraram maiores chances para os sintomas de transtorno alimentar quando comparados aos jovens com baixos traços perfeccionistas. Esse resultado corrobora achados de outras investigações que utilizaram o sexo feminino<sup>15-18</sup>. Parece que a busca pela perfeição, o medo do insucesso e a crença de que as pessoas o avaliam de forma rigorosa, sentimentos esses considerados típicos de pessoas perfeccionistas, estão associados aos sintomas de transtorno alimentar<sup>10</sup>. Talvez, os jovens com altos traços perfeccionistas tenham crenças de que o remodelamento morfológico possa facilitar a aceitação social ou otimizar o seu *status* em um grupo de amigos. Nesse sentido, os adolescentes perfeccionistas podem utilizar a restrição alimentar, a autoindução de vômitos, a prática extenuante de atividade física, o uso de laxativos/diuréticos e/ou esteroides anabólicos como estratégias para ganho/redução do peso corporal/massa muscular<sup>21</sup>.

A respeito da comparação dos sintomas de transtorno alimentar em razão dos grupos de perfeccionismo, os achados demonstraram diferenças somente para a subescala Autocontrole Oral do EAT-26. Esses resultados indicaram que a restrição alimentar, a compulsão alimentar e os comportamentos purgativos foram semelhantes entre adolescentes com alto e baixo traço perfeccionista, corroborando parcialmente as hipóteses levantadas na introdução. Todavia, esses resultados são contrários aos achados de investigações realizadas

com o sexo feminino<sup>15,18</sup>. De fato, os adolescentes perfeccionistas do sexo masculino corriqueiramente almejam manter-se magros e com musculatura saliente<sup>11</sup>, o que é contrário à compulsão alimentar, pois esse comportamento costuma induzir breve aumento do peso corporal<sup>12</sup>. Entretanto, era esperado que a restrição alimentar, considerada um comportamento direcionado à redução do peso corporal, fosse mais frequente em jovens com altos traços perfeccionistas. Talvez, o fato do desejo de adolescentes do sexo masculino terem o aumento do volume/tamanho muscular<sup>7</sup> torne a restrição alimentar menos frequente, mesmo em sujeitos com alto padrão de perfeccionismo.

Por outro lado, os jovens com altos traços perfeccionistas manifestaram maior autocontrole sobre os alimentos e percepção de que são pressionados para a ingestão alimentar quando comparados aos adolescentes com baixos traços perfeccionistas, corroborando as hipóteses indicadas no início deste artigo e achados de outros estudos procedidos com o sexo feminino<sup>16,18</sup>. Segundo Filaire *et al.*<sup>9</sup>, pessoas perfeccionistas costumam demonstrar elevada preocupação com a opinião alheia sobre a dieta, o que, de certa forma, explica os achados supracitados. Além disso, Rouveix *et al.*<sup>10</sup> ressaltam que os sujeitos perfeccionistas podem apresentar rigor acentuado na escolha dos tipos de alimentos de uma refeição pelo medo de engordar e não atender aos padrões estéticos culturais vigentes.

Embora o presente estudo tenha apontado resultados interessantes e inéditos para a literatura nacional, ele é dotado de limitações que merecem ser destacadas. Pesquisadores ressaltam que jovens podem não responder com fidedignidade aos questionários<sup>5,21</sup>. Entretanto, Fortes *et al.*<sup>8</sup> salientam que, em pesquisas com grandes amostras, os instrumentos autopreenchíveis podem ser considerados “padrão-ouro”, por se tratar de método de fácil aplicabilidade e baixo custo operacional. Destaca-se também a utilização de método duplamente indireto para estimar a gordura corporal dos adolescentes. Entretanto, ressalta-se a dificuldade de acesso aos equipamentos sofisticados, além do grande dispêndio financeiro na utilização desses aparelhos. Outra limitação foi o delineamento do tipo transversal. Sendo assim, não foi possível realizar inferência de causalidade. Isso significa que não é possível avaliar o grau de intensidade e a direção das associações encontradas entre o desfecho do estudo e as variáveis independentes. Acrescentando, a MPS não foi validada para a população-alvo deste estudo, o que representa uma limitação importante. Entretanto, não existem instrumentos para avaliar o mesmo construto que tenham sido validados nessa população. Por fim, estima-se que este seja o primeiro estudo a ser realizado no Brasil comparando os sintomas de transtorno alimentar em razão do perfeccionismo em adolescentes do sexo masculino.

Os resultados da investigação permitiram concluir que os sintomas de transtorno alimentar estiveram associados ao perfeccionismo em adolescentes do sexo masculino, estudantes da cidade de Juiz de Fora/MG. Considerando esse achado, os adolescentes do sexo masculino que apresentem traços perfeccionistas em seus comportamentos no âmbito escolar, bem como sejam indicados como perfeccionistas por instrumentos psicométricos, por exemplo, a MPS, poderão estar vulneráveis à adoção de condutas alimentares deletérias à saúde (restrição alimentar, autoindução de vômitos e uso de laxantes/diuréticos). No entanto, cabe salientar que mais investigações são necessárias para confirmar a relação positiva entre perfeccionismo e sintomas de transtorno alimentar no sexo masculino.

Incentiva-se, portanto, a realização de investigações com características longitudinais a respeito de variáveis comportamentais em adolescentes brasileiros de ambos os sexos. Essas pesquisas possibilitariam o avanço do conhecimento científico nessa área, assim como intervenções mais apropriadas, a fim de diminuir a prevalência de sintomas de transtorno alimentar nesse público.

## Referências

1. Leal GVS, Philippi ST, Polacow VO, Cordás TA, Alvarenga MS. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? *J Bras Psiquiatr.* 2013;62(1):62-75.
2. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Rev Psiq Clín.* 2011;38(1):3-7.
3. Bernardi F, Harb ABC, Levandovski RM, Hidalgo MPL. Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009;31(3):170-6.
4. Sampei MA, Singulem DM, Novo NF, Juliano Y, Colugnati FAB. Atitudes alimentares e imagem corporal em meninas adolescentes de ascendência nipônica e caucasiana em São Paulo (SP). *J Pediatr (Rio J).* 2009;85(2):122-8.
5. Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):198-202.
6. Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Insatisfação com a imagem corporal e a relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2010;32(1):19-23.
7. Fortes LS, Amaral ACS, Almeida SS, Ferreira MEC. Efeitos de variáveis psicológicas, morfológicas e sociodemográficas sobre o comportamento alimentar de adolescentes. *Rev Paul Ped.* 2013;31(2):182-8.
8. Fortes LS, Morgado FFR, Ferreira MEC. Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares. *Rev Psiq Clín.* 2013;40(2):59-64.
9. Filaire E, Rouveix M, Pannafieux C, Ferrand C. Eating attitudes, perfectionism and body-esteem of elite male judoists and cyclists. *J Sports Sci Med.* 2007;6(1):50-7.
10. Rouveix M, Bouget M, Pannafieux C, Champely S, Filaire E. Eating attitudes, body esteem, perfectionism and anxiety of judo athletes and nonathletes. *Int J Sports Med.* 2007;28(2):340-5.
11. Soares MJ, Gomes AA, Macedo AF, Azevedo MHP. Escala Multidimensional de Perfeccionismo: adaptação portuguesa. *Rev Port Psicossom.* 2003;5(1):46-55.
12. Teixeira PC, Costa RF, Matsudo SM, Cordás TA. Physical exercises in patients with eating disorders. *Rev Psiq Clín.* 2009;36(4):145-52.
13. World Health Organization. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Org.* 2007;85(9):660-7.
14. Fortes LS, Almeida SS, Ferreira MEC. Processo maturacional, insatisfação corporal e comportamento alimentar inadequado em jovens atletas. *Rev Nutr.* 2012;5(5):575-86.
15. Brown AJ, Parman KM, Rudat DA, Craighead LW. Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eat Behav.* 2012;13(4):347-53.
16. Lichtenstein MB, Christiansen E, Elklit A, Bilenberg N, Støving RK. Exercise addiction: a study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry Res.* 2014;215(2):410-6.
17. Boone L, Soenens B, Vansteenkiste M, Braet C. Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite.* 2012;59(2):531-40.
18. Dickie L, Wilson M, McDowall J, Surgenor LJ. What components of perfectionism predict drive for thinness? *Eat Disord.* 2012;20(3):232-47.
19. Laus MF, Miranda VPN, Almeida SS, Costa TMB, Ferreira MEC. Geographic location, sex and nutritional status play an important role in body image concerns among Brazilian adolescents. *J Health Psychol.* 2013;18(3):332-8.
20. Rodgers R, Cabrol H, Paxton SJ. An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. *Body Image.* 2011;8(1):208-15.
21. Smith AR, Hawkeswood SE, Bodell LP, Joiner TE. Muscularity versus leanness: an examination of body ideals and predictors of disordered eating in heterosexual and gay college students. *Body Image.* 2011;8(2):232-6.
22. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image in female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(3):503-12.
23. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PA. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlations. *Psychol Med.* 1982;12(1):871-8.
24. Fortes LS, Amaral ACS, Conti MA, Cordás TA, Ferreira MEC. Qualidades psicométricas do Eating Attitudes Test (EAT-26) para a população adolescente masculina brasileira. *Psicol Refl Crit.* (no prelo).
25. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60(3):456-70.
26. Cooper PJ, Taylor M, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987;6(3):485-94.
27. Conti MA, Cordás TA, Latorre MRDO. Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2009;9(3):331-8.
28. Slaughter MH, Lohman TG, Boileau R, Hoswill CA, Stillman RJ, Yanloan MD, et al. Skinfold equations for estimation of body fatness in children and youth. *Hum Biol.* 1988;60(5):709-23.
29. ISAK – The International Society for Advancement of Kinanthropometry. First printed. Australia: National Library of Australia; 2001.