



---

## ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS ALIMENTARES, ATIVIDADE FÍSICA E SINTOMAS DEPRESSIVOS NA ADOLESCENCIA

Angelita Daniela Ferreira<sup>1</sup>;  
Milena Martins<sup>1</sup>;  
Renata Souza<sup>1</sup>;  
Samara Santana<sup>1</sup>;  
Talita Hervas Muñoz<sup>2</sup>;  
Edja Ferreira da Costa<sup>2</sup>;  
Macris Fernanda Silva Carneiro<sup>2</sup>;  
Andressa Canalonga<sup>2</sup>;  
Nirã dos Santos Valentim<sup>3</sup>

### RESUMO

A presente pesquisa interdisciplinar pretende associar sintomas de transtornos alimentares, atividade física e sintomas depressivos em adolescentes do ensino médio. A revisão de literatura tem como base estudos epidemiológicos que mostram um aumento na incidência de transtornos alimentares concomitante à redefinição do padrão de beleza direcionado a um corpo cada vez mais magro. Os estudos mostram, ainda, a utilização de métodos extremos para alcançar esse padrão como a inadequação nos regimes alimentares e no treinamento físico. Do ponto de vista metodológico, trata-se de uma pesquisa descritiva, que utiliza os seguintes instrumentos: o Teste de Edimburgo (adaptado para este estudo) para identificar sintomas de transtornos alimentares, um questionário sobre atividade física e o Inventário de Depressão Infantil e do Adolescente (CDI). A análise dos resultados gerais com 209 adolescentes constatou 8,61% de adolescentes com sintomas de transtorno alimentar – na margem de 14 protocolos femininos para 4 masculinos. Dentre estes, 11,11% apresentaram sintomatologia depressiva e 27,77% apresentaram atividade física intensa, com prática diária. Conclui-se que os dados para o transtorno alimentar estão de acordo com a literatura estudada, embora o índice encontrado de ambos os sexos foi maior do que as pesquisas mostram. Quanto à atividade física encontraram-se índices menores do que os esperados para a amostra com sintomas alimentares. No total geral da amostra encontrou-se índice abaixo do esperado para a idade pesquisada em relação à depressão.

**Palavras-chave:** Transtornos Alimentares. Atividade Física. Depressão. Adolescência.

---

<sup>1</sup> Graduada em Nutrição pelas Faculdades Integradas de Santo André – FEFISA em 2009.

<sup>2</sup> Graduada em Educação Física pelas Faculdades Integradas de Santo André – FEFISA em 2009.

<sup>3</sup> Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP, professora das Faculdades Integradas de Santo André – FEFISA nos cursos de Nutrição, Educação Física e Moda.



## ASSOCIATION AMONG EATING DISORDERS, PHYSICAL ACTIVITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENCE

### ABSTRACT

This interdisciplinary research seeks to associate symptoms of eating disorders, physical activity and depressive symptoms in adolescents in high school. The literature review is based on epidemiological studies showing an increased incidence of eating disorders concurrently redefining the standard of beauty directed to a body thinner and thinner. It also shows the use of extreme methods to meet this standard as inadequacy in the diet and inappropriate physical training. From the methodological point of view, it is a descriptive research that uses: the Test of Edinburgh (adapted for this study) to identify symptoms of eating disorders, a questionnaire on physical activity and the Depression Inventory for Children and Adolescents. The overall results with 209 teenagers found 8.61% of adolescents with eating disorder symptoms - the margin of 14 protocols for females and 4 for males. Among them, 11.11% had depressive symptoms and 27.77% had intense physical activity, with daily practice. It concludes that the data for the eating disorder are in agreement with the literature studied, although the rate found in both sexes is higher than the searches show. For physical activity were found lower rates than expected for the sample with symptoms of food. In total sample was found lower rate than it is expected for depression in this age group.

**Keywords:** Eating Disorders. Physical Activity. Depression. Adolescents.



## 1 INTRODUÇÃO

No mundo atual, com todas as mudanças propostas e impostas pela globalização, tudo se volta à praticidade, facilidade e beleza. Num mundo rápido tudo necessita estar perfeito conforme padrões estabelecidos pela mídia e aceitos pela população, muitas vezes, desvalorizando costumes e crenças de antepassados. Essas mudanças podem ser eficazes no desenvolvimento econômico-social, porém se levadas a extremos podem significar a massificação da individualidade.

Hoje a mídia, mais do que nunca, veicula um corpo, um rosto, uma imagem perfeita. Essa busca aparece em artistas, bailarinas, e em pessoas para quem a fama é essencial. Mas a questão preocupante é que crianças e, principalmente, adolescentes se espelham nesse ideal de beleza e perfeição e aderem a ele.

A beleza externa fica então reconhecida na mulher como aquele corpo magro, delicado e frágil. A mulher deve estar cada vez mais magra para conseguir vestir modelos cada vez menores. O que faz pensar se a roupa deve vestir a mulher ou a mulher é quem deveria vestir a roupa? No homem, um corpo musculoso, alto e definido mostra o ideal de masculinidade.

Mas como saber quando esse padrão imposto de beleza pode deixar de ser saudável e pode se tornar uma doença? A cobrança pela perfeição, a correria de pais que não têm tempo, o que muitas vezes tem por consequência a refeição feita de modo rápido; vínculos familiares empobrecidos; escolas que precisam realizar a função das famílias na educação de crianças e adolescentes, enfim são aspectos que podem mostrar uma geração de adolescentes sozinhos e impotentes. Tais adolescentes acabam com transtornos alimentares, ficam desanimados e sem energia para buscar atividades físicas que possam contribuir com sua saúde física e mental, desenvolvendo sintomas depressivos.

A educação física poderia contribuir para uma melhora da qualidade de vida dos adolescentes, mas enfrenta a dificuldade de estar fora do horário de aulas das demais disciplinas, o que promove um grande número de pedidos de dispensas das aulas, dificultando ainda mais o acesso às atividades físicas de uma forma saudável.

Diante desse panorama social, e a fim de priorizar a compreensão do estado de saúde mental e física dos adolescentes do ABC Paulista, este estudo teve por objetivo geral: associar sintomas de transtornos alimentares e frequência de atividade física, bem como sua associação com sintomas depressivos em adolescentes de 15 a 17 anos do ensino médio.

## 2 ADOLESCÊNCIA

### 2.1 Características da adolescência

A adolescência segundo a Organização Mundial da Saúde é o período da vida a partir do qual surgem características sexuais secundárias e se desenvolvem os processos psicológicos e os padrões de identificação, que evoluem da fase infantil para a adulta. É identificada como um período de crise, já que os adolescentes passam por importantes transformações mentais e orgânicas capazes de proporcionar manifestações bastante peculiares em relação ao comportamento normal para a faixa etária. (JATOBÁ, 2007).

Para Leal e Saito (2008, p.81-89), a adolescência pode ser dividida em três



níveis:

Inicial: O adolescente busca sua própria identidade, afastando-se de conselhos e de atividades com a família, mostrando-se rebelde em muitas situações. O desenvolvimento cognitivo e lógico-abstrato contribui com as novas responsabilidades que assume. Médio: O desenvolvimento permite ter uma crítica visão da sociedade; busca novos valores morais, é atraído por situações perigosas; preocupa-se com seu futuro profissional e a escolha da profissão; a aparência física torna-se uma das coisas que mais lhe importa. Tardio: Separa-se do meio familiar para assumir suas próprias responsabilidades como adulto, momento de sua escolha profissional.

## 2.2 Adolescência e depressão

A depressão é uma reação à perda real ou imaginária, podendo estar então associada a um evento já ocorrido. Tristeza e depressão podem estar associadas, mas apesar de possuírem muitas características comuns são sentimentos distintos. Na depressão observa-se a angústia interna, a perda de interesse pelo mundo, o isolamento em relação às outras pessoas, a solidão e o sentimento de vazio interior. (CRIVELATTI et al., 2006).

Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004) definem depressão como um desajustamento psicológico e social, ativado e influenciado por experiências sociais e por acontecimentos de vida difíceis que provocam readaptações ao interagirem com as competências globais do sujeito e com os seus processos de desenvolvimento e maturação.

Para Crivelatti et al. (2006), atualmente se reconhece que os adolescentes são tão suscetíveis à depressão quanto os adultos e que este é um distúrbio que deve ser encarado seriamente em todas as faixas etárias.

As autoras alertam que grande parte dos adolescentes tem problemas que vão além das alterações fisiológicas, psicológicas e emocionais e que não estão preparados para absorverem e entenderem tais acontecimentos. Sofrem fortes consequências do estresse ambiental e familiar, os quais contribuem para a ocorrência de episódios depressivos.

A depressão apresenta-se como um transtorno de prevalência aumentada no sexo feminino. Considera-se que as meninas apresentam maior risco para desenvolver depressão porque antes mesmo da adolescência são mais propensas a lidar com os problemas de modo reflexivo e com manifestações autoreferentes de ansiedade do que os meninos. Tendem a ser mais preocupadas com a imagem corporal, sofrem maiores alterações hormonais e experimentam maiores restrições na adaptação às regras sociais que os meninos. (CRIVELATTI et al., 2006).

## 3 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Para Assumpção (2004), o conceito de beleza encontra-se ligado ao de perfeição. A moda que varia ao longo do tempo e das culturas, caracteriza a beleza que vulgarmente pode se dissociar da beleza natural.

Indivíduos com transtornos alimentares (TA), portanto, podem sentir-se pressionados pela mídia, considerando-se não saudáveis pelo fato de não se considerarem com um corpo magro, referência atual da mídia de corpo bonito. (SAIKALI et al., 2004).



Para o autor, nos transtornos alimentares ocorre um padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado, um controle patológico do peso corporal por distúrbios da percepção do formato corporal.

### **3.1 Anorexia Nervosa**

A anorexia nervosa é um transtorno do comportamento alimentar caracterizado por limitações dietéticas autoimpostas, padrões bizarros de alimentação com acentuada perda de peso induzida e mantida pelo paciente, associada a um temor intenso de tornar-se obeso. Há maior incidência de anorexia em mulheres brancas ocidentais de classe socioeconômica média-alta. Em comparação com os homens há maiores índices na razão de 10-20 vezes. (BUSSE; SILVA, 2004).

Para Vilela (2004) o indivíduo com anorexia enxerga-se sempre acima do peso e isso faz com que sempre recuse a alimentar-se, restringindo qualquer alimento que lhe é oferecido, o que acarreta outros problemas de saúde, tais como: desnutrição, comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios gastrointestinais, assim como a amenorréia, que é a ausência da menstruação durante três meses consecutivos.

As anoréxicas procuram perder peso de todas as formas, seja suprimindo alimentos ou tentando provocar vômitos, usando diuréticos, laxantes e anorexígenos. Com base nesses aspectos, a anorexia nervosa pode ser dividida em dois subtipos: 1) restritiva e 2) bulímica. Consideram restritivas as anoréxicas que apenas controlam o peso pela ingestão de alimentos de baixa caloria e por exercícios excessivos, e bulímicas as que após ingerir grandes quantidades de alimentos provocam vômitos, usam laxantes, diuréticos e anorexígenos para emagrecer. (BUSSE; SILVA, 2004).

Quando a anorexia está relacionada ao sexo masculino, Meli e Araújo (2002) afirmam que os homens apresentam sintomas diferentes das mulheres, como por exemplo, possuem a imagem corporal menos distorcida, tendem a se considerar com sobrepeso quando estão cerca de 15% acima do peso, e demonstram maior preocupação com a forma física e com a massa corporal do que com o peso.

### **3.2 Bulimia Nervosa**

A bulimia nervosa é uma síndrome caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia, preocupação excessiva com o controle de peso corporal, levando o paciente a adotar medidas extremas para evitar os efeitos da ingestão compulsiva de alimentos. (BUSSE; SILVA, 2004).

Acontece uma incidência maior de bulimia, assim como da anorexia no sexo feminino, numa proporção de nove mulheres para um homem. A prevalência é de 1 a 4%, sendo mais comum em pessoas ligadas à moda de modo geral, bailarinas e atletas; mais frequentemente nas classes média e alta de países desenvolvidos. (ALVARENGA; DUNKER, 2003; BUSSE; SILVA, 2004).

Outra diferença importante em relação aos homens com TA é que raramente estes fazem uso de laxantes ou diuréticos. Tendem também a apresentar uma maior desidratação, podendo ocorrer mais rapidamente problemas circulatórios. Isso poderia estar relacionado ao fato de as mulheres apresentarem uma maior quantidade de gordura corporal que as fazem ficar mais protegidas. (MELI; ARAÚJO, 2002).

Segundo Vilela (2004) a bulimia também acarreta problemas de saúde, tais



como: irritação e sangramento gástrico e esofágico devido aos vômitos auto-induzidos, anormalidades intestinais, erosão do esmalte dental e aumento das parótidas, bradicardia de repouso, hipotensão e diminuição da taxa metabólica e complicações eletrolíticas.

Na bulimia nervosa não há perda importante de peso, tendo em geral peso adequado ou levemente acima do esperado. As orgias alimentares são traços marcantes do comportamento, em que grandes quantidades de alimentos são ingeridas de maneira compulsiva, seguido de forte sentimento de culpa pelo ato, o que determina vômitos provocados ou autoinduzidos por receio de engordar. O vômito traz uma sensação de grande alívio à paciente. (ALVARENGA; DUNKER, 2003; BUSSE; SILVA, 2004).

Pacientes com TA, segundo Alvarenga (2002), necessitam de pessoas confiáveis para que possam falar dos seus medos relacionados à alimentação e à sua imagem corporal. Os profissionais devem ser pessoas pacientes e sensatas, que possam fornecer informações de forma sensível sem subjugar-los, transmitindo otimismo, ou seja, alguém por quem o paciente possa sentir confiança.

#### **4 CONTRIBUIÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A SAÚDE DO ADOLESCENTE**

A atividade física é uma característica inerente ao ser humano e relaciona-se com as dimensões biológicas e culturais. Estudos sobre a influência da prática de exercícios físicos regulares vêm sendo realizados e têm demonstrado bons resultados de forma direta ou indireta, em órgãos e sistemas, como o cardiovascular, muscular, ósseo, endócrino e nervoso. (NAHAS, 2001).

Pesquisas demonstram que um estilo de vida ativo pode ajudar a reduzir a sensação de depressão e ansiedade, auxilia o controle de peso corporal e desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis, assim como promove o bem-estar psicológico e a autoestima. (NAHAS, 2001).

Mesmo sabendo dos benefícios que a atividade física promove, muitas pessoas são inativas, por falta de tempo, ou pouca vontade de realizar esforços, mas o que muitos não sabem é que, para promover a saúde, o indivíduo só precisa aumentar o número de atividades realizadas, não, necessariamente, sendo uma atividade intensa. (NAHAS, 2001).

A qualidade de vida é um programa que não somente visa a benefícios fisiológicos, mas também às necessidades de relacionamentos, bem-estar e autoestima, promovendo boas condições de vida, manutenção à saúde, integração social e uma maior identificação com a sociedade. (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2009).

Para Lima (2008), muitos jovens, para chegarem a um corpo ideal, utilizam métodos errados, submetendo-se a exercícios físicos de forma inadequada. Parece comum, atualmente, que os adolescentes do sexo feminino e masculino estejam determinados a fazer treinamento físico inadequados para alcançar o corpo idealizado pela sociedade e pela mídia.

Para Gallardo et al., (2003) com as mudanças fisiológicas características da idade, como mudanças no tamanho do corpo e força física, é necessário reconstruir a imagem do próprio corpo, o que passa a ser a principal preocupação do adolescente.

Para Vila (1995), a Educação Física pode ajudar esse adolescente motivando-o, levando em consideração para a prática da atividade física, a idade, o gênero e o



grupo cultural. O trabalho em grupo é o que mais contribui na aquisição de habilidades, desafios, divertimento e experiências positivas para o adolescente, além de promover competição saudável para os meninos e contribuir para a aparência corporal significativa para as meninas.

Numa pesquisa, Mattos e Neira (2000) investigaram adolescentes praticantes e não praticantes de atividade física. Verificaram que os adolescentes que praticavam atividades físicas regularmente possuíam um controle mais adequado em relação à ansiedade situacional do que os não praticantes.

Essa contribuição pode ser efetiva principalmente para o ensino médio, durante o qual o adolescente se depara com mudanças físicas e psicológicas que interferem no seu estado de ânimo, na sua autoestima e na sua autoapreciação. O foco principal passa a ser o corpo, pois através dele ocorre a interação com o mundo e com os semelhantes, sendo o corpo uma carta de apresentação para a aceitação dos outros. (PEREIRA; MOREIRA, 2005).

## 5 METODOLOGIA

Este estudo apresenta-se como uma pesquisa descritiva, que pretende descrever as características de uma população específica (GIL, 2008) e levantar novas hipóteses a respeito do tema. O objeto de estudo é a associação dos sintomas de transtornos alimentares com a atividade física e com os sintomas depressivos em adolescentes.

Como amostra são pesquisados 209 adolescentes entre 14 e 17 anos, estudantes do 1º, 2º e 3º anos do ensino médio de duas escolas públicas do ABC Paulista, nos períodos matutino e noturno.

O critério de inclusão foi o da idade e do ano de escolaridade, bem como a aceitação dos pais para a participação dos filhos na pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da FEFISA e aprovada sob o nº 180/09.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: CDI – (Children's Depression Inventory). O CDI utilizado neste estudo é a forma adaptada e normatizada por Gouveia e cols. (1995) em população brasileira, que consta de 20 itens com três alternativas a, b e c; Teste de Edimburgo sobre Comportamento Alimentar, adaptado para este estudo. (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002); Questionário de Investigação da prática de atividade física para adolescentes, elaborado para este estudo.

Os instrumentos foram aplicados em sala de aula pelas pesquisadoras, para os adolescentes com consentimento dos pais diante dos TCLEs assinados. Foram entregues ao adolescentes o CDI, o Teste Edimburgo e o Questionário de Atividade Física. A coleta de dados teve a duração de aproximadamente 30 minutos.

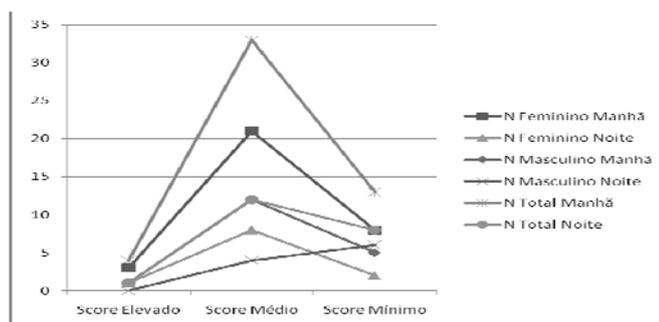
Cada instrumento foi avaliado de acordo com suas características de análise e os resultados para TA, sintomatologia depressiva e nível de atividade física relacionados.

## 6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 Sintomas Alimentares

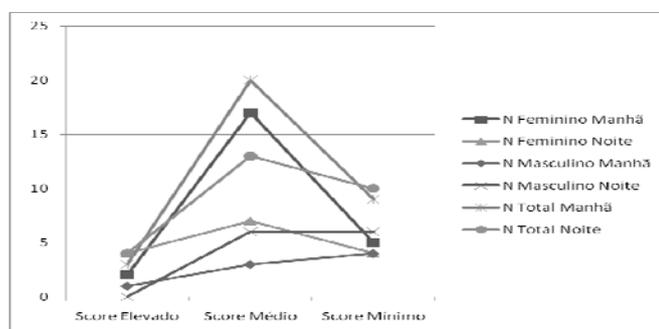
Entres os 209 questionários aplicados foram encontrados 18 protocolos com sintomas de transtornos alimentares. O método para discussão dos resultados foi de dividir os questionários totais por suas turmas, comparando os gêneros e seus determinados scores elevado, médio e mínimo.

**Gráfico 1** – Comparação de sintomas dos alunos do 1º ano manhã e noite



Nos primeiros anos do ensino médio foram observados escores elevados para sintomas alimentares mais presentes no gênero feminino em ambos os períodos matutino (3) e noturno (1); e no gênero masculino, 1 e 0 respectivamente. Escores médios para sintomas alimentares – que necessitam maior investigação para diagnóstico de TA – também estão mais presentes no gênero feminino. Já o score mínimo para sintomas alimentares é mais comum no gênero masculino (6) do que no feminino (5), no período noturno.

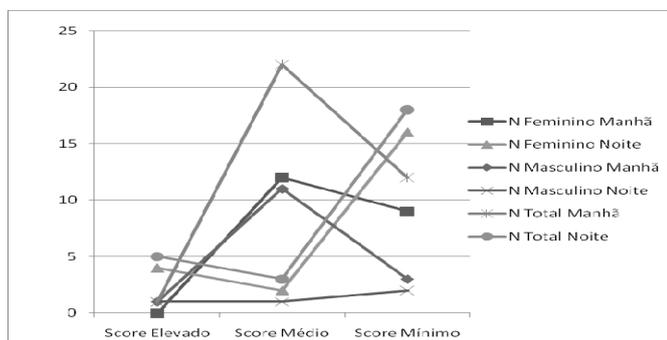
**Gráfico 2** – Comparação do questionário sobre sintomas dos alunos do 2º ano manhã e noite



Os resultados dos segundos anos mostram dados similares aos resultados dos primeiros anos apresentados anteriormente nos escores elevado e médio. O gênero feminino apresenta prevalência em ambos os períodos. O score mínimo para sintomas alimentares se mantém maior no gênero masculino e no período noturno.



**Gráfico 3** – Comparação do questionário sobre sintomas dos alunos do 3º ano manhã e noite



Os resultados dos terceiros anos mostram que os escores elevado, médio e mínimo para sintomas alimentares estão presentes predominantemente no gênero feminino (43), do que no masculino (19).

Ao se analisarem os resultados gerais da amostra de adolescentes verificou-se prevalência de escores elevados indicativos de sintomatologia de transtorno alimentar no percentual de 8,61%. A prevalência para o gênero feminino é de 14 para 4 do gênero masculino.

Esse percentual está acima do estudado na literatura que mostra que na Bulimia encontra-se um percentual de 1 a 4% e na Anorexia de 1 a 3%. (ALVARENGA; DUNKER, 2003; SILVA, 2004; DUNKER; PHILIPPI, 2004).

Em relação à maior prevalência no gênero feminino esses resultados estão de acordo com os autores que afirmam serem as mulheres as mais afetadas. Afirmam os autores que os casos encontrados de TA no sexo masculino seriam mais voltados à Bulimia. (MELI, ARAUJO 2002; PINZON, 2004).

A imagem corporal prejudicada está relacionada com o TA sendo em grande parte fruto de uma imposição social pelo corpo magro como padrão de beleza mostrado na mídia. Assim, a beleza fica associada à magreza, podendo contribuir no desencadeamento de transtornos alimentares. (SAIKALI et al., 2004).

Nos adolescentes, esse padrão de beleza parece ser fator de maior influência do que em adultos e se justifica nos resultados apresentados por este estudo. Vários autores apontam o início de TA como mais comum na adolescência, não só pela influência que o ambiente exerce no adolescente, como também pelos conflitos internos decorrentes das mudanças que vivencia. (JATOBÁ, 2007; SAITO, SILVA E LEAL 2008; ABERASTURY, 1981; VILA, 1995).

## 6.2 Atividade física no ensino médio

A partir dos resultados obtidos, observa-se que os primeiros anos do ensino médio de ambos os períodos, matutino e noturno, mostraram maiores índices de adolescentes praticantes de atividade física. Já nos segundos e terceiros anos do período noturno, os índices são maiores para a não prática de atividade física.



Tabela 1 – Prática de atividade física por adolescentes

		Manhã			Noite		
		1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
Praticantes de A. F. <sup>1</sup>	Sim	64,00	68,75	58,33	76,19	46,43	44,19
	Não	36,00	31,25	41,67	23,81	53,57	55,81
Esportes	Voleibol	18,18	15,15	13,89	6,25	3,45	3,13
	Basquetebol	3,03	0,00	8,33	0,00	10,34	3,13
	Handebol	7,58	27,27	0,00	25,00	6,90	0,00
	Futebol	31,82	9,09	25,00	12,50	13,79	50,00
	Natação	12,12	18,18	19,45	18,75	3,45	0,00
	Atletismo	3,03	0,00	0,00	0,00	13,79	9,37
	Outros <sup>2</sup>	24,24	30,31	33,33	37,50	48,28	34,37
Frequência	Todos os dias	31,43	36,00	47,37	29,41	25,00	21,05
	4 X por semana	14,29	15,00	21,05	0,00	12,50	15,79
	3 X por semana	25,71	15,00	5,26	41,18	32,00	26,32
	1 X por semana	28,57	34,00	26,32	29,41	30,50	36,84
Motivo por não praticar	Desânimo	26,09	17,86	25,81	31,58	20,00	22,58
	Cansaço	6,52	32,14	22,58	26,32	36,00	12,90
	Relação com Técnico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,23
	Relação com colegas	2,17	10,71	0,00	0,00	0,00	0,00
	Outro	65,22	39,29	51,61	42,10	44,00	61,29
Gosto pelas aulas de E.F	Sim	74,00	75,00	55,56	57,14	60,71	63,41
	Não	26,00	25,00	44,44	42,86	39,29	36,59
Preferência pelas atividades	Em grupo	94,00	84,37	97,22	71,43	71,43	79,07
	Individual	6,00	15,63	2,78	28,57	28,57	20,93

1 Praticantes de atividade física; 2 Caminhada e academia.

A frequência dessas práticas diferencia-se entre os períodos. Observa-se que o matutino apresenta um maior índice na questão da prática diária, enquanto, no noturno, os primeiros e terceiros anos têm maiores índices na prática de uma vez por semana e os segundos anos, três vezes por semana.

Relaciona-se com tal fato a nova LDB, Art. 26, Parágrafo 3º, que afirma a obrigatoriedade das aulas de educação física na proposta pedagógica da escola, sendo facultativa nos cursos noturnos. (BRASIL, 2000).

A relação das atividades praticadas pelos adolescentes analisados são maiores nas modalidades mais tradicionais, como o futebol e o handebol. Segundo Nahas (2001), o planejamento das aulas de educação física privilegia os esportes formais, muitas vezes em detrimento da promoção de habilidades motoras e de atividades físicas relacionadas à saúde.

Os resultados que determinam os motivos pela não prática de atividade física mostram que, em todas as séries, de ambos os períodos, o maior número de adolescentes escolheu o item "outro", não esclarecendo quais seriam os impedimentos para a prática. De acordo com Nahas (2001), muitos indivíduos não praticam atividade física por falta de tempo ou de vontade de realizar esforços, não sabendo que para obter uma melhora na saúde, não precisam praticar atividades



intensas.

Em todas as séries, em ambos os períodos, os adolescentes mostraram gosto pelas aulas de Educação Física. Pereira e Moreira (2005) afirmam que o gosto pelas aulas, por parte dos alunos, se dá quando encontram um espaço propício para conquistar a sua autonomia e conseqüentemente sua capacidade de criticar, opinar e discutir, de acordo com seu ponto de vista.

O maior índice, em todas as séries de ambos os períodos, demonstrou a preferência pelas atividades em grupo. Para Vila (1995), o trabalho em grupo contribui para a aquisição de habilidades, desafios, divertimento e experiências positivas para o adolescente, contribuindo para a promoção de uma competição saudável para o sexo masculino e uma aparência corporal significativa para o sexo feminino.

### **6.3 Relações de sintomas alimentares, prática de atividade física e depressão**

Foram apresentados 18 protocolos de transtornos alimentares (TA), com um índice de 8,61% de adolescentes com sintomatologia para TA. Dentre estes, 27,77% apresentaram a prática de atividade física diária, podendo ser considerada intensa, enquanto 72,22% apresentaram a não prática de atividade física.

Esses resultados mostram, de acordo com pesquisas sobre o tema, que há associação entre os transtornos alimentares e a intensa prática de atividade física. (SAIKALI et al., 2004; e SILVA, 2004).

Foi obtido, dentre os protocolos totais, o índice de 1% de sintomas depressivos, sendo inferior ao índice literário que aponta de 6% a 11,53% (GOUVEIA et al., 1995; COUTINHO, 2001). Nos protocolos de TA apareceram 11,11% também abaixo do índice indicado de 30 a 60% de depressão encontrada em pacientes com TA. (BUSSE, 2004, p.169).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo constata que a comparação dos resultados entre transtornos alimentares e a prática excessiva de atividade física mostrou associação, de acordo com a literatura estudada. Embora a atividade física possa contribuir na redução da sensação de depressão e ansiedade e auxiliando no controle de peso corporal, parece ser utilizada por alguns adolescentes de forma abusiva, sendo considerada como um dos sintomas para TA.

Pode-se inferir com os resultados desta pesquisa que as alterações físicas e psicológicas pelas quais o adolescente passa, podem alterar seu estado de ânimo, sua auto-estima e a apreciação de si mesmo, podendo provocar distúrbios na imagem corporal principalmente naqueles com sintomas para TA.

Os índices acima da média apresentados para TA e a prática intensa de atividade física podem estar altamente relacionados com a forte pressão da mídia e sua influência no adolescente, cujo conceito de beleza é a busca por um corpo idealizado.

Quanto ao índice encontrado para sintomas depressivos, a associação não foi possível já que se mostra inferior ao que mostram outras pesquisas. Concluímos que os sintomas depressivos possam ter sido minimizados pela sintomatologia dos transtornos alimentares e a prática excessiva de atividades físicas.

Os dados obtidos justificam que novas pesquisas sejam realizadas nesta área



sobre transtornos alimentares, prática de atividade física e depressão, podendo obter informações importantes sobre essa demanda, contribuindo assim para a prática profissional de nutricionistas e professores de educação física que lidam com adolescentes, entre outros profissionais da área da saúde, que tenham interesse neste tema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY et al. Adolescência e psicopatia: luto pelo corpo, pela identidade e pelos pais infantis. In: ABERASTURY, A; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artmed, 1981.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. F. R. Qualidade de vida como objeto de estudo polissêmico: contribuições da Educação Física e do Esporte. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, PR. v. 01, n. 01, jan/jun.2009, p. 15-22.

ALVARENGA, M. A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo. In: PHILIPPI, Sônia Tucunduva et al. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri/Brasil: Manole, 2004. p. 1 – 20.

ALVARENGA, M.; LARINO, M. A.. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2002, vol.24, suppl.3, pp. 39-43. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516444620020007000\\_09&lng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516444620020007000_09&lng=en&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2009.

ASSUMPÇÃO JR, F. B. A questão da beleza ao longo do tempo. In: BUSSE, S. R. (org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 1-12.

BRASIL. Lei LDB : de diretrizes e bases da educação: lei n. 9.394/96. Apresentação Esther Grossi. 3. T. Brasília: DPA, 2000.

BUSSE, S. R. (org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri,SP: Manole, 2004.

CARDOSO, P.; RODRIGUES, C.; VILAR, A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. **Análise psicológica**, v. 23, n.4, p. 667-675, 2004.

COUTINHO, M. P. L. **Uso de técnicas projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão infantil**. 2001. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, Instituto de Psicologia, 2001.

CRIVELATTI, M. M. B.; DURMAN, S.; HOFSTATTER, L. M. Sofrimento psíquico na adolescência. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000500007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 30 jul. 2009.



DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Sintomas de anorexia em adolescentes de São Paulo e propostas de prevenção. In: PHILIPPI, S. T. et al. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 163-176.

FREITAS, S; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J. C. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, supl. 3, p. 34-38, 2002.

GALLARDO, J. S. P.; SCHONARDIE FILHO, L.; BECHARA, E. C. **Educação física escolar: ensino médio**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003. p. 95-134.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOUVEIA, V. V. et al. Inventário de depressão infantil – CDI: estudo de adaptação em escolas de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, p. 345-349, 1995.

JATOBÁ, J. D. V. N.; BASTOS, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852007000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 abr 2009.

LEAL, M. M. et al. Síndrome da adolescência normal. In: **adolescência: prevenção e risco**. 2. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2008. p. 81-89.

LIMA, M. C. S. Atividade física: saúde e doença. In: SAITO, M.I. (org) **Adolescência, prevenção e risco**. 2. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2008.

MATTOS, M. G.; NEIRA, M. G. A inserção da educação física em um projeto maior. In: MATTOS, M. G.; NEIRA, M. G. **Educação física na adolescência: construindo o conhecimento na escola**. São Paulo, SP: Phorte, 2000.

MELI P., ARAUJO A.M. **Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico**. Ver. *Psiquiatr*. V. 24, n 3, dez, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 08 de jul. 2009.

NAHAS, M.V.; **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

PEREIRA, R. S.; MOREIRA, E. C. A atuação do profissional de educação física no ensino médio: relatos de uma observação. **Revista Corpoconsciência**. v. 9, n. 2, 2005.

PINZON V.; NOGUEIRA F.C. **Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares**. Ver. *Psiquiatr Clin*. São Paulo. V.31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22399.pdf>>. Acesso em: 08 de jul. 2009.



---

SAIKALI, C. J. et al . Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev. Psiquiatria clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832004000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jul. 2009.

SAITO, M.I. (org) **Adolescência, prevenção e risco**. 2. ed. São Paulo,SP: Atheneu, 2008.

SILVA, B. L. Transtornos alimentares: bases históricas da anorexia nervosa. In: BUSSE, S. R. (org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri,SP: Manole, 2004. p. 31-111.

VILA, I. Aquisição da linguagem. In: SALVADOR, C. C. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva**. Porto Alegre: Artmed, 1995. p. 69-80.

VILELA J.E.M; et al. Transtornos alimentares em escolares. **Jornal da Pediatria**. v. 80, n. 1. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a10.pdf>>. Acesso em: 08 de jul. 2009.

**Recebido: 03/03/2011**

**Aprovado: 21/06/2011**