UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO HUMANA

MUDANÇAS TEMPORAIS NA PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

DANILO DIAS SANTANA

Rio de Janeiro
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO HUMANA

MUDANÇAS TEMPORAIS NA PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

DANILO DIAS SANTANA

ORIENTADORA: Prof.ª Dr.ª Gloria Valeria da Veiga

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Instituto de Nutrição Josué de Castro, UFRJ, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Nutrição Humana.

Rio de Janeiro
2014

Santana, Danilo Dias.
Mudanças temporais na prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes residentes na Região Metropolitana do Rio de Janeiro / Danilo Dias Santana. – Rio de Janeiro : UFRJ/INJC, 2014.
xiii, 103 f. : il. ; 31 cm.
Orientador: Gloria Valeria da Veiga.
Dissertação (mestrado) -- UFRJ/INJC, Programa de Pós-graduação em Nutrição, 2014.
Referências bibliográficas: f. 64-78.
1. Comportamento Alimentar - psicologia. 2. Transtorno da Compulsão Alimentar - epidemiologia. 3. Anorexia Nervosa - epidemiologia. 4. Bulimia Nervosa - epidemiologia. 5. Estado Nutricional. 6. Rio de Janeiro - epidemiologia. 7. Saúde do Adolescente. 8. Nutrição Humana - Tese. I. Veiga, Gloria Valeria da. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, INJC, Programa de Pós-graduação em Nutrição. III. Título.

MUDANÇAS TEMPORAIS NA PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

Danilo Dias Santana

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO DO INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO **GRAU DE MESTRE EM NUTRIÇÃO HUMANA**.

Examinada por:

_____

Prof.ª Dr.ª Gloria Valeria da Veiga
Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof.ª Dr.ª Rosana Salles Costa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof.ª Dr.ª Leila Sicupira Carneiro de Souza Leão
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

_____

Prof.ª Dr.ª Júlia Elba de Souza Ferreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Outubro de 2014

Dedico este trabalho à minha família, fundamental em todos os momentos da minha vida, por estar sempre por perto, apoiando e dando força para que eu siga em frente e alcance meus ideais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fonte de energia vital, pela saúde e oportunidades que me tem concedido diariamente.

Aos meus pais, Márcia e Daniel, pela educação e pelo exemplo de amor, dedicação, coragem e responsabilidade; por me proporcionarem alcançar o que sequer sonharam para si mesmos.

A minha irmã Rayllanne, pela presença constante em minha vida.

A minha orientadora, professora Drª Gloria Valeria da Veiga, pela paciência e confiança e por ter aceitado o desafio de me orientar.

As professoras Rosana Salles Costa, Leila Sicupira Carneiro de Souza Leão e Júlia Elba de Souza Ferreira, por aceitarem, gentilmente, compor a banca examinadora.

A professora Rosana Salles Costa por aceitar ser a revisora da minha dissertação.

A todos os professores do Mestrado, pela colaboração para a construção deste sonho.

Aos amigos do Mestrado, pela ótima convivência durante esse tempo, Alessandra, Naiara, Milena, Giulia, Juliana e Talita. Especialmente a Camila e Marcelo, pela companhia, amizade e momentos inusitados durante o curso.

Aos amigos Alexandre Junior, Barbara, Erica, Josilene, Juliana, Luiz Alberto, Mauricio, Mayara, Ricardo e Thamires, pelo apoio durante toda a caminhada e por sempre estarem presentes nos melhores momentos da minha vida.

A todos os que de alguma forma se fizeram presentes e importantes em minha vida.

Muito obrigado!

RESUMO

Os transtornos alimentares (TA) são distúrbios psiquiátricos, onde existe, acima de tudo, o medo mórbido de engordar. Os TA mais descritos na literatura são anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica. Ainda que o indivíduo não atinja os critérios diagnósticos para tais transtornos, muitos já apresentam comportamentos de risco para os transtornos alimentares (CRTA), caracterizados por dietas restritivas, uso de mecanismos compensatórios e episódios de compulsão alimentar, e os adolescentes constituem-se em um dos grupos populacionais mais suscetíveis ao desenvolvimento destes comportamentos. O objetivo do estudo foi verificar as mudanças temporais, em um período de 5 anos, nas prevalências dos CRTA e sua associação com estado nutricional e variáveis socioeconômicas, entre adolescentes residentes da região metropolitana do Rio de Janeiro. Utilizou-se dados de dois estudos transversais, de base populacional, realizados por meio de visitas domiciliares, que investigaram variáveis referentes aos residentes de domicílios particulares permanentes de Campos Elíseos, Duque de Caxias - RJ. Nas duas pesquisas, foram considerados elegíveis os adolescentes com idade ente 12 e 18 anos, não portadores de deficiência física e que não estivessem grávidas. Em 2005 a amostra final foi de 1089 domicílios e considerou-se os dados de 511 adolescentes. Em 2010 a amostra final foi de 1121 domicílios e foram considerados os dados de 314 adolescentes. Aproximadamente metade dos adolescentes estudados apresentaram algum CRTA em 2010. A compulsão alimentar aumentou 18,4 pontos percentuais entre os anos de pesquisa, e no ano de 2005 esteve associada ao excesso de peso (OR=2,02 IC=1,13-3,61) e a cor preta/parda (OR=1,91 IC=1,04-3,52) enquanto em 2010 não se associou a nenhuma das variáveis. As meninas (OR=1,95 IC=1,07-3,53 em 2005 e OR=7,02 IC=2,81-17,54 em 2010) e os adolescentes com sobrepeso (OR=2,29 IC=1,14-4,64 em 2005 e OR=3,65 IC=1,45-9,22 em 2010) apresentaram maiores chances de prática de dieta restritiva. Atenção deve ser dada ao tema visando evitar a evolução para quadros mais graves de transtornos alimentares na adolescência e, consequentemente, os agravos a saúde que tais transtornos podem gerar.

Palavras chaves: Comportamentos de risco para transtornos alimentares, excesso de peso, adolescente**.**

ABSTRACT

Eating disorders (ED) are psychiatric disturbances, where there is above all, the morbid fear of getting fat. The most described ED on the literature are anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. Even individuals who do not meet diagnostic criteria for ED, may present risk behaviors for eating disorders (RBED), characterized by restrictive diets, use of compensatory mechanisms and episodes of binge eating, and adolescents are the most susceptible group to develop these behaviors. The aim of the study was to access temporal trends in the prevalence of RBED within 5 years and its association with nutritional status, demographic and socioeconomic factors among adolescents from Duque de Caxias, in the metropolitan region of Rio de Janeiro, Brazil. We used data from two population-based cross-sectional studies carried on in 2005 and 2010, conducted through home visits, that investigated variables concerning permanent residents of Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ. Adolescents aged from 12 to 18 years old, who were not physically disabled and not pregnant were eligible for this research. In 2005, the final sample had 1089 homes and data from 511 adolescents were considered. In 2010, the final sample had 1121 homes and data from 314 adolescents were considered. Approximately half of the adolescents showed some RBED in 2010. Binge eating increased 18.4 percentage points between the accessed years and it was associated with overweight (OR=2.02 CI=1.13-3.61) and not caucasian (OR=1.91 CI=1.04-3.52) in 2005. It was not associated with any studied variable in 2010. Compared to boys, girls presented more chances to practice restrictive diet (OR=1.95 CI=1.07-3.53 in 2005 and OR = 7.02 CI=2.81-17.54 in 2010) and so did overweight adolescents, compared to eutrophic ones (OR=2.29 CI=1.14-4.64 in 2005 and OR=3.65 CI=1.45-9.22 in 2010). Attention should be given to this issue in order to avoid progression to more severe cases of eating disorders in adolescence and, consequently, the health hazards these disorders may cause.

Keywords: Risk behaviors for eating disorders, overweight, adolescent.

APRESENTAÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) caracterizam-se por uma psicopatologia primária, onde existe, acima de tudo, o medo mórbido de engordar. Os TA mais descritos na literatura são anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) (CLAUDINO, 2002). Entre os grupos mais vulneráveis aos TA destacam-se os adolescentes que são muito susceptíveis a pressão da sociedade moderna para ter um corpo magro e, consequentemente aos comportamentos inadequados para alcançá-lo.

Ainda que o indivíduo não atinja os critérios diagnósticos para os TA, muitos já apresentam comportamentos de risco para transtornos alimentares (CRTA), tais como episódios de compulsão alimentar, prática de dieta restritiva, jejum, uso de diurético e laxante, demandando atenção com objetivo de evitar a evolução completa da doença.

O presente projeto de dissertação foi elaborado a fim de descrever as mudanças temporais nas prevalências de CRTA em adolescentes de 12 a 18 anos, e sua associação com o excesso de peso e variáveis sociodemográficas, para tal utilizou-se dados de dois estudos transversais realizados com amostra probabilística da população residente em domicílios permanentes do segundo distrito do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil.

O primeiro estudo realizado em 2005 tem por título “Avaliação do estado nutricional, hábitos alimentares e insegurança alimentar no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro: desenvolvimento de um instrumento simplificado para avaliação de consumo alimentar saudável” e o segundo intitula-se “Modificações na insegurança alimentar, no sobrepeso e no consumo alimentar no período de 2005 a 2010, em Duque de Caxias – Pesquisa SANDUC”, ambos desenvolvidos por pesquisadores do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em parceria com os pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O primeiro estudo foi coordenado pelas prof.as Rosely Sichieri (IMS/UERJ) e Rosana Salles da Costa (INJC/UFRJ) e o segundo, coordenado pela prof.ª Rosana Salles da Costa.

O projeto é composto por introdução, revisão de literatura focada na epidemiologia e evolução dos CRTA e a associação com excesso de peso e com as

variáveis sociodemográficas. Na etapa seguinte são apresentados os métodos detalhados de todas as etapas dos estudos, resultados e discussão. Apresenta-se, no final, as conclusões gerais do estudo. As referências bibliográficas são apresentadas segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. A participação do autor nos estudos de base que geraram este projeto se deu a partir da análise dos dados.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Classificação da adequação de peso para estatura, segundo IMC, critério WHO, 2007. 49

RESULTADOS

Tabela 1. Características sociodemográficas, classificação de peso com base no IMC e comportamentos de risco para transtornos alimentares dos adolescentes. Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ, 2005 e 2010. 53

Tabela 2. Prevalência de episódios de compulsão alimentar e dieta restritiva ou jejum segundo as variáveis sociodemográficas e classificação de peso pelo IMC nos adolescentes. Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ, 2005 e 2010. 54

Tabela 3. Prevalência de uso de mecanismos compensatórios e dieta para emagrecer segundo as variáveis sociodemográficas e classificação de peso pelo IMC nos adolescentes. Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ, 2005 e 2010. 55

Tabela 4. Razão de chances (*Odds Ratio*) bruta e ajustada para associação entre CRTA e das variáveis demográficas, socioeconômicas e classificação de peso pelo IMC segundo os comportamentos de risco para transtornos alimentares nos adolescentes. Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ, 2005 e 2010. 56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

ABIPEME	Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado
APA	*American Psychiatric Association*
BITE	*Bulimic Investigatory Test Edinburgh*
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª edição
Cols.	Colaboradores
CRTA	Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares
DSM-5	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
DPPs	Domicílios particulares permanentes
EAT	*Eating Attitudes Test*
E/I	Estatura por idade
et al.	“e outros” (abreviação da expressão latina et alii)
IC 95%	Intervalo de Confiança de 95%
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
SANDUC	Segurança alimentar e nutricional em Duque de Caxias
TA	Transtornos alimentares
TANE	Transtornos alimentares não especificados
TCAP	Transtorno da compulsão alimentar periódica

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Folha de identificação e controle – SANDUC 2005 78

Anexo B: Questionário SANDUC 2005 – Módulo Adolescentes 79

Anexo C: Questionário SANDUC 2005 – Módulo Adolescentes do sexo masculino 82

Anexo D: Questionário SANDUC 2005 – Módulo Adolescentes do sexo feminino 83

Anexo E: Questionário SANDUC 2005 – Módulo Antropometria 84

Anexo F: Questionário SANDUC 2005 – Módulo Domicílio 86

Anexo G: Termo de consentimento – SANDUC 2005 92

Anexo H: Aprovação da pesquisa pelo comitê de ética – SANDUC 2005 93

Anexo I: Folha de identificação e controle – SANDUC 2010 94

Anexo J: Questionário SANDUC 2010 – Módulo Adolescentes 95

Anexo L: Questionário SANDUC 2010 – Módulo Adolescentes do sexo masculino 98

Anexo M: Questionário SANDUC 2010 – Módulo Adolescentes do sexo feminino 101

Anexo N: Questionário SANDUC 2010 – Módulo Antropometria 104

Anexo O: Questionário SANDUC 2010 – Módulo Domicílio 106

Anexo P: Termo de consentimento – SANDUC 2010 112

Anexo Q: Aprovação da pesquisa pelo comitê de ética – SANDUC 2010 114

Anexo R: Prevalência de excesso de peso segundo as variáveis sociodemográficas e transtornos alimentares nos adolescentes de Duque de Caxias, nos anos de 2005 e 2010. 115

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **14**

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA **18**

2.1 Transtornos alimentares e comportamentos de risco para transtornos alimentares: definições e instrumentos de avaliação 18

2.2 Epidemiologia dos transtornos alimentares e comportamentos de risco para transtornos alimentares 24

2.3 Transtornos alimentares e comportamentos de risco para transtornos alimentares na adolescência 29

2.4 Transtornos alimentares, comportamentos de risco para transtornos alimentares e obesidade 34

2.5 Transtornos alimentares, comportamentos de risco para transtornos alimentares e aspectos socioeconômicos 38

3. OBJETIVO GERAL **41**

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS **41**

5. MÉTODOS **42**

5.1 Local do Estudo 42

5.2 População do Estudo 43

5.3 Amostragem 44

5.4 Coleta de dados 46

5.4.1 Avaliação de comportamentos de risco para transtornos alimentares 47

5.4.2 Avaliação antropométrica 48

5.4.3 Avaliação dos indicadores socioeconômicos e demográficos 48

5.5 Plano de análise de dados 48

5.5.1 Variáveis do estudo 49

5.5.2 Análise estatística 50

6. RESULTADOS **51**

7. DISCUSSÃO **57**

8. CONCLUSÃO **63**

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **64**

ANEXOS **79**

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) constituem quadros psiquiátricos que podem estar associados à morbimortalidade, podendo ocasionar desde prejuízos emocionais e sociais até consequências fisiopatológicas relacionadas aos sistemas metabólico e endócrino (AAP, 2003). São distúrbios psiquiátricos de etiologia multifatorial caracterizados por consumo, padrões e atitudes alimentares extremamente perturbadas e excessiva preocupação com o peso e a forma corporal (APA, 2006). As formas mais descritas na literatura são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica (VILELA, 2004).

A anorexia nervosa é caracterizada pelo temor intenso de ganho ponderal, perturbação na forma de vivenciar o peso ou o corpo e imposição de autorrestrição ao consumo alimentar (APA, 1994; 2013).

A bulimia nervosa caracteriza-se por episódios recorrentes de voracidade alimentar, seguidos por condutas purgativas (autoindução de vômitos ou uso indiscriminado de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite ou enemas) ou não purgativas (jejuns e exercícios físicos excessivos) (APA, 1994; 2013).

O episódio de compulsão alimentar é considerado como uma característica central de certos distúrbios alimentares como bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica. Episódios de compulsão alimentar são definidos pelo consumo de uma grande quantidade de alimentos em um período limitado de tempo, acompanhado por um sentimento subjetivo de perda de controle da alimentação, bem como por um acentuado sofrimento (APA, 2000). Indivíduos com TCAP apresentam compulsão alimentar em episódios repetidos e se sentem culpados e deprimidos após estes episódios. No entanto, ao contrário de indivíduos com bulimia nervosa, eles não se envolvem em comportamentos inadequados de controle de peso, e o TCAP é frequentemente associado com a obesidade (APA, 2000; 2013; SPITZER *et al.*, 1993).

Existe ainda uma classificação dos transtornos alimentares não especificados (TANE) ou síndromes parciais dos transtornos alimentares (DALLE, 2007; EDDY, 2008; FAIRBURN, 2005; MACHADO, 2007). Estes podem ser compreendidos como transtornos alimentares que não apresentam todos os sintomas que caracterizam a doença completa.

Alguns comportamentos isolados, que são sintomas clássicos dos transtornos alimentares, tais como: restrição alimentar (hábito de fazer dietas restritivas ou jejum), episódios de compulsão alimentar e uso de mecanismos compensatórios (uso de laxantes, diuréticos e vômitos autoinduzidos) são considerados comportamentos de risco para transtornos alimentares (CRTA) (FERREIRA e VEIGA, 2008; HAY, 1998; NEUMARK-SZTAINER *et al.*, 2010; VILELA, 2004).

De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2000) a prevalência de anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica nos Estados Unidos da América (EUA) gira em torno de 0,5% a 3,7%, 1,1% a 4,2%, e 2 a 5%, respectivamente. As formas parciais desses transtornos, ou seja, comportamentos de risco para transtornos alimentares, apresentam frequências bem mais elevadas, variando em relação a população e faixa etária estudada (CORDÁS, 2004).

A maioria das pesquisas sobre transtornos alimentares se concentra em jovens mulheres brancas de culturas ocidentais. Todavia os transtornos alimentares, assim como os CRTA, estão presentes em diferentes estratos populacionais e também já são observados em homens (LEWINSOHN, 2002; MOND, 2007; STRIEGEL-MOORE, 2009). Embora possam estar presentes em todas as faixas etárias (HAY, 2008), a adolescência é considerada a faixa etária mais vulnerável. Os adolescentes têm como característica comportamental serem seguidores de líderes, grupos e modas, desenvolvendo preocupações ligadas ao corpo e à aparência (BRANCO, 2006), o que os torna mais vulneráveis a problemas específicos, como insatisfação com a imagem corporal e, consequentemente, a atitudes inadequadas em relação ao consumo alimentar, visando atingir a imagem corporal idealizada e, assim ao desenvolvimento dos transtornos alimentares (GALINDO, 2007).

A insatisfação corporal se intensifica na sociedade moderna em que o número de indivíduos com excesso de peso e obesidade vem aumentando significativamente. No Brasil, assim como em muitos outros países que vivenciam o fenômeno da transição epidemiológica e nutricional, com marcante diminuição das doenças relacionadas aos déficits nutricionais e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente aquelas associadas à obesidade, observa-se o paradoxo entre as ofertas cada vez maiores de alimentos que favorecem o aumento da obesidade e a constante pressão para que o indivíduo permaneça magro, como forma de alcançar sucesso e realização pessoal e profissional (OLIVEIRA, 2003b).

Assim os comportamentos inadequados para controlar o peso podem ser importantes fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares cujo aumento pode estar associado ao aumento da obesidade. Tal fenômeno pode estar presente em populações que, anteriormente, pareciam estar protegidas para os transtornos alimentares como as populações menos favorecidas socioeconomicamente, já que o aumento da obesidade nestas populações tem sido cada vez mais evidenciado e, consequentemente, os comportamentos inadequados para combate da mesma também podem estar presentes. Neste contexto, a adolescência que é uma fase de grandes mudanças biológicas e psicológicas na qual existe uma maior exposição às pressões sociais relacionadas ao corpo e a beleza, pode ser uma fase mais vulnerável aos comportamentos de risco para transtornos alimentares (GALINDO, 2007).

Granillo *et al*. (2005), em um estudo com adolescentes latinas avaliadas nos EUA, observaram que 53,3% faziam, frequentemente, dietas extremamente restritivas. No Brasil, Vale *et al*. (2011), em um estudo transversal com estudantes adolescentes do sexo feminino de escolas públicas e particulares de Fortaleza – CE, encontraram que 33,3% das estudantes das escolas particulares e 22,4% das estudantes das escolas públicas apresentavam CRTA. Do total das entrevistadas, 18,5% praticavam jejum e 8,6% faziam uso de laxantes.

Em um estudo transversal realizado em 2005, no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, cuja população é predominantemente de classe social mais baixa, Ferreira *et al.* (2013) notaram que 16,8% dos adolescentes apresentavam sobrepeso, e 7,2% estavam obesos. Em relação aos CRTA, 20% dos adolescentes apresentaram episódios de compulsão alimentar, 3,3% faziam uso de mecanismos compensatórios e 18,9% relataram prática de dieta restritiva. A compulsão alimentar e dieta restritiva foram mais prevalentes entre os adolescentes com excesso de peso.

Diante do aumento expressivo de excesso de peso e obesidade em jovens brasileiros (IBGE, 2010), questiona-se se os CRTA também estariam aumentando. Em 2010, um novo estudo realizado em Duque de Caxias reavaliou os aspectos abordados na pesquisa de 2005, inclusive os CRTA. A comparação dos dois estudos permitirá verificar como tais comportamentos evoluíram nesta população, particularmente nos adolescentes, e como se associam aos fatores sociodemográficos nos dois momentos.

No Brasil, não encontramos estudos que tenham avaliado as mudanças temporais na prevalência de CRTA em adolescentes, porém na Austrália, as comparações das prevalências em inquéritos populacionais sequenciais realizados em 1995 e 2005, com homens e mulheres, demonstraram que comportamentos de compulsão alimentar e purgação aumentaram cerca de duas vezes e prática regular de dieta rigorosa e jejum aumentaram cerca de três vezes em um período de 10 anos em indivíduos com mais de 15 anos de idade (DARBY *et al.*, 2009; HAY *et al.*, 2008).

O presente estudo foi desenvolvido para verificar as mudanças temporais nas prevalências dos CRTA e a associação destes comportamentos com fatores sociodemográficos, em adolescentes residentes em Duque de Caxias, em período de 5 anos e também as mudanças temporais na prevalência de excesso de peso a fim de investigar se as mudanças nestes dois problemas nutricionais são concomitantes nesta população. A hipótese que norteia este estudo é de que considerando o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade que vem sendo observada em adolescentes brasileiros, inclusive aqueles de baixo nível socioeconômico, é provável que os CRTA também possam estar aumentando nesta faixa etária, sendo importante monitorar as mudanças temporais de tais comportamentos e os subgrupos que possam estar em maior risco. Por ultimo, acredita-se que tal investigação poderá colaborar na elaboração de ações conjuntas de combate e controle aos dois problemas que comprometem a saúde dos adolescentes.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Transtornos alimentares e comportamentos de risco para transtornos alimentares: definições e instrumentos de avaliação

Os transtornos alimentares são, frequentemente, apontados como quadros clínicos ligados à modernidade, em decorrência do paradoxo vivenciado atualmente: o fácil acesso e estímulos ao consumo de alimentos hipercalóricos, concomitantemente a um padrão de beleza centrado na magreza extrema, onde pressupõe-se uma restrita ingestão alimentar para alcançar tal padrão. No entanto, há relatos históricos desde a antiguidade desses transtornos (WEINBERG *et al.*, 2005). Tais transtornos são patologias graves e de prognóstico complicado, com elevados índices de letalidade e que levam a limitações físicas, emocionais e sociais (ABREU, 2005). Entre os mais frequentes estão a anorexia nervosa, bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar.

Na sua forma típica, a anorexia nervosa se inicia geralmente na infância ou na adolescência. O início é marcado por uma restrição dietética progressiva com a eliminação de alimentos que “engordam”, como os carboidratos. Os indivíduos passam a apresentar certa insatisfação com os seus corpos. O medo de engordar é uma característica essencial, servindo muitas vezes como um diferencial para outros tipos de anorexia secundárias a doenças clínicas ou psiquiátricas. Gradativamente, as pessoas com anorexia nervosa passam a viver, exclusivamente, em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses e se mantendo em isolamento social. O curso da doença é caracterizado por perda de peso progressiva e continuada. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características bizarras e ritualizadas (APPOLINARIO e CLAUDINO, 2000).

Segundo o sistema classificatório do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (APA, 2013), a anorexia nervosa pode ser diagnosticada por meio de três critérios: (1) pela restrição da ingestão alimentar relacionada às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo, no contexto da idade, sexo, etapa do desenvolvimento e saúde física, (2) pelo medo intenso de ganhar peso ou se tornar gordo, ou comportamentos persistentes que interferem

com o ganho de peso, mesmo que com o peso significativamente baixo e (3) pela perturbação na forma que vivencia o peso e a forma corporais.

Ainda de acordo com o DSM-5 existem dois tipos de apresentação clínica da anorexia nervosa: no primeiro, os pacientes apenas empregam comportamentos restritivos associados à dieta (“tipo restritivo”); no outro grupo (“tipo compulsão alimentar/purgação”) ocorrem episódios de compulsão alimentar e/ou comportamentos compensatórios, como os vômitos autoinduzidos, o abuso de laxativos e diuréticos. Entretanto, a classificação dos transtornos mentais e do comportamento da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID-10) não distingue tipos de anorexia e, portanto, pacientes anoréticas que apresentam episódios bulímicos recebem o diagnóstico de anorexia nervosa.

Na anorexia nervosa, a prática de exercícios físicos é frequente e extenuante com o objetivo de queimar calorias e perder peso (RASTAM, 1992). Várias complicações clínicas podem surgir em decorrência da desnutrição (gerada pela restrição alimentar exagerada e/ou pela prática de exercícios físicos extenuantes) e dos comportamentos purgativos, tais como anemia, alterações endócrinas, osteoporose e alterações hidroeletrolíticas, especialmente hipocalemia, que pode levar a arritmia cardíaca e morte súbita, dentre outras.

A associação dos transtornos alimentares com outros quadros psiquiátricos é bastante frequente, especialmente com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e transtorno de personalidade, mesclando os seus sintomas com os de outras comorbidades psiquiátricas e complicando a evolução clínica (HERZOG, 1992).

Na bulimia nervosa o episódio de compulsão alimentar é o principal sintoma e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer. No início, pode estar relacionado à fome, mas posteriormente, quando o ciclo compulsão alimentar-purgação já está instalado, ocorre em todo tipo de situação que gera sentimentos negativos (frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão). Inclui um aspecto comportamental objetivo que seria comer uma quantidade de comida considerada exagerada se comparada ao que uma pessoa comeria em condições normais e um componente subjetivo que é a sensação de total falta de controle sobre o seu próprio comportamento. Estes episódios ocorrem às escondidas, na grande maioria das vezes, e são acompanhados de sentimentos de intensa vergonha e culpa. A quantidade de calorias ingerida por episódio pode variar enormemente, muito

embora, em média, oscile entre 2 mil e 5 mil calorias (AZEVEDO e ABUCHAIM, 1998).

O vômito autoinduzido ocorre em cerca de 90% dos casos, sendo, portanto o principal método compensatório utilizado. O efeito imediato provocado pelo vômito é o alívio do desconforto físico secundário à hiperalimentação e principalmente a redução do medo de ganhar peso. A sua frequência é variável, podendo ser de um até 10 ou mais episódios por dia, nos casos mais graves. No começo, o indivíduo necessita de manobras para induzir o vômito, como a introdução do dedo ou algum objeto na garganta. Com a evolução do transtorno, o paciente aprende a vomitar sem necessitar mais de estimulação mecânica (APPOLINARIO e CLAUDINO, 2000).

Outros mecanismos utilizados por bulímicos para controle do peso após uma ingestão exagerada são: o uso inadequado (sem prescrição médica) de medicamentos do tipo laxativo, de diuréticos, de hormônios tireoidianos, de agentes anorexígenos e de enemas. Jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados são também formas de controle do peso, mas geralmente geram menos complicações clínicas do que as técnicas purgativas descritas acima. Na bulimia nervosa, mantêm-se uma preocupação excessiva com a forma e o peso corporal (APPOLINARIO e CLAUDINO, 2000).

A classificação do DSM-5 distingue dois tipos de pacientes com bulimia: aqueles que utilizam métodos compensatórios mais invasivos (vômitos, laxantes, diuréticos, outras drogas) – “tipo purgativo” – ou não (dieta, jejuns e exercícios), classificado no “tipo não-purgativo”.

Diferente da anorexia nervosa do tipo purgativo, na bulimia nervosa as pacientes conseguem manter o peso dentro do limiar de normalidade na maioria dos casos (cerca de 70%) ou, discretamente abaixo deste (15%), ou até acima (15%) (APPOLINARIO e CLAUDINO, 2000).

De acordo com o DSM-5 o Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) é marcado pela presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, que são caracterizados pela ingestão de uma grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhada da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come (APA, 2013). Quando os episódios de compulsão alimentar ocorrerem uma vez por semana nos últimos três meses, associados a algumas características de perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso

(APPOLINÁRIO, 1998), é então caracterizado o diagnóstico de TCA (APA, 2013). Neste transtorno os episódios de compulsão alimentar são acompanhados por sentimentos de angústia, incluindo vergonha, nojo ou culpa (STUNKARD, 2003).

O TCA é um fenômeno clínico, descrito pela primeira vez, em indivíduos obesos, por Stunkard, em 1959. Atualmente sabe-se que este distúrbio não se encontra limitado a este grupo, podendo ocorrer em pessoas com peso normal (APPOLINÁRIO, 2004). Das pessoas que declaram apresentar episódios de compulsão alimentar, aproximadamente 20% possuem TCAP (STUNKARD, 2003).

Nas últimas décadas, atenção especial também vem sendo dada aos transtornos alimentares não especificados (TANE) ou síndromes parciais dos transtornos alimentares (DALLE, 2007; EDDY, 2008; FAIRBURN, 2005; MACHADO, 2007). Em tais casos se encontram pacientes cujo quadro clínico se assemelha a anorexia nervosa, a bulimia nervosa ou ainda ao transtorno da compulsão alimentar periódica, embora não preencham totalmente os seus critérios diagnósticos, em função da ausência de um aspecto clínico essencial (APPOLINÁRIO, 2000). Nesse caso, por exemplo, são incluídos: (1) os pacientes que apresentam vários critérios para anorexia nervosa, mas ainda não apresentam peso abaixo do limiar diagnóstico; (2) aqueles que não apresentam a frequência de episódios de compulsão alimentar necessária para o diagnóstico de bulimia nervosa, ou (3) os que não são suficientemente graves para atingir o diagnóstico completo da doença (APPOLINÁRIO, 2000). Uma meta-análise de 125 estudos sugere que os TANE estão associados com morbidade psicológica e fisiológica substancial (THOMAS, 2009).

Diante dos conceitos expostos é importante deixar claro que o diagnóstico completo dos TA só pode ser feito mediante uma avaliação clínica que permitirá investigação de todos os quesitos necessários para tal diagnóstico. Desta forma, apesar de existirem vários instrumentos ou questionários que visam avaliar os TA, seja em todo o seu espectro ou de forma mais específica para cada um deles, nenhum destes questionários, isoladamente, permitem um diagnóstico completo ou isentam a necessidade de uma avaliação clínica detalhada.

Todavia, em estudos epidemiológicos, de um modo geral, o que se pretende é rastrear indivíduos com comportamentos de risco para transtornos alimentares (CRTA), que podem ser definidos pela presença de comportamentos que já indiquem o risco de se desenvolver a doença como, por exemplo, episódios de

compulsão alimentar, prática de dieta restritiva, uso de laxantes, diuréticos e vômitos autoinduzidos, que podem se apresentar juntos ou isolados. Os CRTA chegam a ser cinco vezes mais frequentes que as síndromes completas (CORDÁS, 2004; NUNES *et al.*, 2003). Segundo Appolinário (2000) aproximadamente 50% dos indivíduos com comportamentos considerados de risco para transtornos alimentares podem evoluir para quadros completos. Sendo assim, seu diagnóstico precoce também é de extrema importância.

Com o objetivo de identificar, precocemente, indivíduos com CRTA de forma prática e segura, tem-se utilizado instrumentos de auto-avaliação, que abordam várias questões relacionadas ao risco de TA, sem que haja pretensão de diagnosticar os transtornos em si. Os questionários autoaplicáveis são fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos, permitindo aos respondentes revelar um comportamento que, por considerarem vergonhoso, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face-a-face. Alguns fornecem medida de gravidade do transtorno, podendo ser utilizado na avaliação de mudanças ao longo do tratamento (FREITAS *et al.*, 2002). *O Eating Attitudes Test (*EAT-26) e *Bulimic Investigatory Test Edinburgh (*BITE) têm sido utilizados em diversos países e apontados como escalas mais úteis nos estudos sobre transtornos alimentares e seus comportamentos de risco (CORDÁS & NEVES, 1999).

O EAT desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979), é um dos instrumentos mais utilizados atualmente com o objetivo de avaliar sintomas de anorexia nervosa de maneira fácil e rápida, favorecendo assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento e evitando a evolução da doença. Foi traduzido para o português por Nunes *et al.* (1994) e validado para adolescentes por Bighetti *et al.* (2004). O teste avalia sintomas de restrição alimentar e identifica comportamentos anoréxicos e de práticas restritivas, sem fazer diagnóstico da doença. Portanto, o EAT auxilia na triagem de populações de alto risco e identifica os indivíduos com preocupações anormais com alimentação e peso.

A versão original do EAT (EAT-40) (Garner e Garfinkel, 1979), constituiu-se de 40 itens de múltipla escolha, sendo o resultado do teste, a soma dos valores atribuídos às questões. Os autores determinaram o ponto de corte de 30 pontos como sendo indicador positivo da possibilidade de existência de distúrbio alimentar. Anos depois, Garner *et al*. (1982), propuseram a versão abreviada (EAT-26) com 26 itens, validando e mantendo as correlações clinicas e psicométricas entre grupos de

pacientes e sujeitos normais. O ponto de corte estabelecido para o teste resumido foi de 21 pontos, onde um resultado superior a este ponto de corte indica um teste positivo e o entrevistado poderá ser incluído em grupo de risco passando por entrevista clinica para averiguar se os critérios diagnósticos são preenchidos.

O questionário BITE foi desenhado e validado para identificar indivíduos com compulsão alimentar e avaliar os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à bulimia nervosa. O questionário pode ser aplicado, tanto em estudos epidemiológicos, para identificar casos subclínicos em populações, quanto como um instrumento de *screening*, para utilização em ambulatórios, durante o tratamento, a fim de avaliar a severidade do caso ou verificar a resposta ao tratamento (HENDERSON, 1987). Este instrumento foi traduzido para o português como Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo por Cordás e Hochgraf (1993). Nunes (2003) validou o BITE para a população brasileira (12 a 29 anos) com base na comparação com o teste validado em adultos de Henderson e Freeman (1987). Atualmente Ximenes *et al.* (2011) validaram este questionário para a população adolescente brasileira, em um estudo especifico para esta faixa etária, com 109 adolescentes de 12 a 16 anos.

O BITE é constituído por 33 questões, um escore elevado (maior ou igual a 20) indica um padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia nervosa; escores médios (entre 10 e 19) sugerem padrão alimentar não-usual, necessitando de avaliação por uma entrevista clinica, e escores abaixo de 10 estão dentro do limite da normalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2003b; XIMENES *et al.*, 2011).

Tais questionários, EAT e BITE, apesar de amplamente utilizados, tem a limitação de serem muito extensos e para alguns grupos específicos podem ser de difícil compreensão.

Hay, em 1998, aplicou um questionário simplificado para avaliar compulsão alimentar e possíveis mecanismos compensatórios em amostra probabilística de 3.000 indivíduos australianos, na faixa etária de 15 a 94 anos, obtendo informações relevantes sobre o problema. Este mesmo questionário, com poucas adaptações, foi aplicado por meio de autopreenchimento em um estudo com amostra probabilística de 561 adolescentes, estudantes de escolas públicas de Niterói, RJ (FERREIRA & VEIGA, 2008a), sendo a reprodutibilidade considerada boa (FERREIRA & VEIGA, 2008b). Ferreira *et al*. (2013), também analisaram a prevalência de CRTA em

adolescentes residentes no município de Duque de Caxias – RJ, a partir do uso deste questionário simplificado. Este tipo de questionário pode ser mais indicado em grupos populacionais de mais baixa condição socioeconômica e, particularmente, com maior dificuldade de compreensão das questões que compõe os questionários mais complexos como EAT e BITE.

2.2 Epidemiologia dos transtornos alimentares e comportamentos de risco para transtornos alimentares

Os estudos epidemiológicos fornecem informações sobre as frequências de ocorrência de distúrbios e tendências de alterações ao longo do tempo (VAN SON, 2003; HOEK, 2003). Nas investigações epidemiológicas sobre transtornos alimentares existem algumas questões metodológicas importantes. Os TA são relativamente raros na população em geral e pacientes tendem a negar ou esconder sua doença e evitar ajuda profissional. Por isso, muitos estudos epidemiológicos utilizam registros de casos psiquiátricos ou registros médicos de hospitais em uma área circunscrita. Este tipo de estudo pode subestimar a ocorrência de transtornos alimentares na população geral, uma vez que nem todos os pacientes serão detectados pelo seu clínico geral ou encaminhados para o hospital. Além disso, as diferenças nas taxas ao longo do tempo podem ser devido à detecção de casos, aumento da consciência publica que conduz à detecção precoce e a maior disponibilidade de serviços de tratamento, em vez de um verdadeiro aumento na ocorrência (VAN SON, 2003; HOEK e VAN HOEKEN, 2003).

O procedimento mais amplamente aceito para a identificação dos casos prevalentes é a abordagem de rastreio em duas fases. Inicialmente, uma grande população é testada para a probabilidade de um transtorno alimentar por meio de um questionário de triagem (*screening*) que identifica a população de risco. Num segundo momento é feito o diagnóstico por meio da avaliação clínica utilizando os critérios estabelecidos pelo DSM 5 (APA, 2013) ou CID-10 (HOEK e VAN HOEKEN, 2003).

Os estudos epidemiológicos que avaliam os indivíduos com CRTA utilizam com grande frequência, os questionários EAT e BITE para rastreá-los. Acredita-se que aqueles com alto risco para TA, já poderiam ser diagnosticados com anorexia

ou bulimia nervosa, caso fosse feita uma avaliação clínica mais aprofundada. Sendo assim, ao utilizar estes questionários, não é possível afirmar que não há indivíduos que já atingiriam os critérios diagnósticos para tais transtornos. Além disso, acredita-se que aqueles com baixo risco, já poderiam apresentar consequências destes comportamentos alimentares inadequados, que se agravariam com a evolução da doença, ressaltando a importância de um diagnóstico precoce. De acordo com diversos estudos (HOEK E VAN HOEKEN, 2003; LE GRANGE, 2012; MACHADO, 2007), as prevalências de indivíduos com CRTA são muito mais altas do que com transtornos alimentares.

As diferenças nos critérios diagnósticos têm contribuído para as diferentes taxas de incidência e prevalência (KEEL & KLUMP, 2003). Os métodos epidemiológicos têm sido aplicados aos estudos de transtornos alimentares e contribuem significativamente para estes debates e para o conhecimento de suas taxas globais (WAKELING, 1996).

Nos estudos epidemiológicos, as informações de um modo geral são obtidas com base em questionários. Todavia, como já mencionado anteriormente, nenhum questionário tem como objetivo diagnosticar os transtornos alimentares (SOUZA, *et al.*, 2011), mas sim identificar comportamentos de risco que podem evoluir para os quadros completos. Entretanto, pode-se notar que alguns estudos citam prevalência de anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica, com base em aplicação dos questionários, o que resulta em certa dificuldade na interpretação do que, de fato, está sendo avaliado. Esclarece-se, todavia que nesta revisão de literatura, será utilizado exatamente o termo usado pelos autores no relato dos resultados de seus estudos epidemiológicos independente do instrumento utilizado.

Os autores Hoek e Van Hoeken, ao analisarem as publicações sobre TA no período de 1981 a 2002, observaram prevalência média de AN de 0,15%, entretanto em mulheres jovens essa prevalencia foi de 0,3%. Observaram também prevalencia de 1% de BN em mulheres, enquanto que nos homens essa prevalencia foi de 0,1%. A incidência global de anorexia nervosa é de, pelo menos, 8 por 100.000 habitantes por ano e de bulimia nervosa é de pelo menos 12 por 100.000 habitantes por ano (HOEK & VAN HOEKEN, 2003).

De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2000) a prevalência de anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica

nos Estados Unidos da América (EUA) em 2000 era em torno de 0,5% a 3,7%, 1,1% a 4,2%, e 2 a 5%, respectivamente. Nos EUA a prevalência de anorexia nervosa pode ter aumentado ligeiramente na década passada (KEEL & KLUMP, 2003; LUCAS *et al*., 1999), enquanto a de bulimia nervosa pode ter diminuído um pouco (KEEL *et al.*, 2004). Entretanto, o mesmo não tem sido observado em outros estudos internacionais, nos quais se observa uma tendência na manutenção ou pequeno aumento nas taxas da anorexia enquanto a incidência da bulimia tem tido um aumento significativo (CURRIN, 2005; KEEL & KLUMP, 2003).

No Reino Unido, no período de 1994 a 2000, Currin *et al.* (2005) ao avaliarem as taxas de incidência dos transtornos alimentares em mulheres de 10 a 39 anos observaram que, enquanto as taxas de anorexia nervosa se mativeram, a incidência de bulimia nervosa apresentou um grande aumento na década de 90. Em 2003, Keel e Klump, em um importante estudo de meta análise, também observaram evidências de aumento modesto na incidência de anorexia nervosa, e aumento significativo na incidência de bulimia nervosa.

O *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) foi o primeiro estudo representativo de transtornos alimentares realizado nos Estados Unidos (2001-2003), com a participação de indivíduos acima de 18 anos. A prevalência de AN foi 3 vezes mais alta entre as mulheres (0,9%) do que entre os homens (0,3%), assim como a de bulimia nervosa (1,5% em mulheres e 0,5% em homens). Observou-se também que em adolescentes a chance de desenvolver estes transtornos foi maior quando comparados aos adultos (HUDSON et al., 2007).

Hay *et al.*, (1998), em um estudo populacional australiano (n=3001), com participantes de 15 a 94 anos, observaram 3,1% de episódios de compulsão alimentar, 1,6% de dieta restritiva e 0,7% de mecanismos compensatórios. Ao repetir a pesquisa em 2005, em uma amostra composta por 3047 indivíduos, com a mesma faixa etária da pesquisa anterior, os autores verificaram um aumento nas prevalências desses comportamentos, pois, 7,2% apresentaram episódios de compulsão alimentar, 4,6% das pessoas relataram fazer dieta restritiva e 1,5% usaram mecanismos compensatórios (HAY *et al.*, 2008).

Nos estudos internacionais, observa-se que mais de 90% dos casos de transtornos alimentares ocorrem no sexo feminino, pois as mulheres demonstram mais insatisfação corporal que os homens, sofrendo pressão mais elevada da mídia, de amigos e familiares para perder peso (APA, 1994; ATA *et al*., 2007; BILALI *et al.*,

2010; CONTI *et al.*, 2005; EMANS, 2000; KEEL *et al.*, 2007). Carlat e Camargo Junior (1991) ao analisarem as publicações dos anos de 1966 a 1990, concluiram que os homens correspondem apenas de 10% a 15% de todos os indivíduos com bulimia nervosa. As taxas de incidência da anorexia nervosa são mais elevadas para o sexo feminino na faixa etária 15 a 19 anos, representando aproximadamente 40% de todos os casos identificados, enquanto para a bulimia nervosa, o grupo de maior risco são mulheres de 20 a 24 anos, de acordo com a revisão de Hoek e Van Hoeken (2003).

Apesar de mais prevalentes entre as mulheres jovens, é crescente o relato de transtornos alimentares ou CRTA no sexo masculino (MELIN & ARAÚJO, 2002). O'Dea & Abraham (2003) ao aplicarem um questionário intitulado *Eating and Exercise Examination* em 93 universitários do sexo masculino verificaram que 1/5 da amostra preocupava-se excessivamente com o peso e a forma corporal e seguia dietas restritas para manter o peso. Nesse estudo, 3% foram clinicamente diagnosticados com transtorno da compulsão alimentar periódica e 2% com bulimia nervosa. Além disso, 8% faziam atividade física como um comportamento compensatório à ingestão alimentar.

Striegel-Moore *et al.*, (2009) ao avaliarem 1808 homens e 3714 mulheres, entre 18 e 35 anos, nos Estados Unidos, que responderam perguntas sobre a frequência de episódios de compulsão alimentar, jejum e mecanismos compensatórios, pelos correios, verificaram que as prevalências desses comportamentos entre os homens não foram desprezíveis. Os autores verificaram que 8% dos homens relataram episódios de compulsão alimentar ao menos uma vez na semana, comparados a 10% das mulheres; 1,5% dos homens vomitavam, 4,0% faziam jejum e 3,0% usavam laxantes, enquanto os mesmo comportamentos foram vistos em 3,7%; 6,3%; 3,1% das mulheres, respectivamente.

Também entre os grupos de maior risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, destacam-se as profissões que exigem maior cuidado com o peso corporal, como modelos, bailarinos e ginastas (APPOLINÁRIO, 2000). A prevalência de transtornos alimentares entre bailarinos, por exemplo, é elevada, em torno de 6,9% para anorexia nervosa, 10,3% para bulimia nervosa (RINGHAM *et al.*, 2006) e 31 à 55% para síndromes parciais (RIBEIRO & VEIGA, 2010; RINGHAM *et al.*, 2006).

Alguns autores enfatizam a vulnerabilidade aos transtornos alimentares entre homossexuais do sexo masculino (BRAMON-BOSCH *et al.*, 2000; MELIN & ARAÚJO, 2002). Entretanto, em 2009, Morgan & Arcelus, através de um estudo qualitativo que visava analisar a imagem corporal e comportamentos sugestivos de transtornos alimentares entre jovens universitários (18-24 anos), homossexuais e heterossexuais, observaram que a influência da mídia e do contexto social atingiu mais os homens homossexuais solteiros. No entanto, a insatisfação corporal foi generalizada. O estudo concluiu que há mais semelhanças do que diferenças no que diz respeito ao risco para transtornos alimentares entre homens homo e heterossexuais.

Em relação à faixa etária, de acordo com a literatura, a idade de início da anorexia nervosa se situa entre os 13 e 14 anos, enquanto a bulimia tende a começar mais tardiamente, entre 17 e 25 anos (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000). O TCA é mais comum em mulheres de meia idade (HAY *et al.*, 2008; HAY, 2002). Embora os transtornos alimentares, geralmente, comecem na adolescência, alguns estudos apontam casos desses transtornos após os 40 anos (CUMELLA & KALLY, 2008; FREITAS *et al.*, 2008).

No Brasil, em Porto Alegre, Nunes *et al*. (2003) observaram comportamentos alimentares considerados de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, em 23,8% de uma amostra probabilística composta por 513 mulheres com idade entre 12 e 29 anos. Em amostras não clínicas, com frequentadores de *shopping centers* de 5 cidades brasileiras, Siqueira *et al*. (2004), encontraram prevalência de episódios de compulsão alimentar de aproximadamente 13% em indivíduos maiores de 18 anos, enquanto, Vitolo *et al*. (2006), em uma pesquisa que envolveu três universidades do Rio Grande do Sul, encontraram prevalência de compulsão alimentar de 18,1% entre universitárias de 17 a 55 anos. Segundo Alvarenga *et al.* (2010), avaliando CRTA em universitárias brasileiras das 5 regiões do país, a prevalência de CRTA variou de 23,7% a 30,1%.

2.3 Transtornos alimentares e comportamentos de risco para transtornos alimentares na adolescência

Segundo Campagna e Souza (2006), a supervalorização da imagem e a desconsideração da individualidade leva as pessoas a verem o corpo ideal (magro ou musculoso) como objeto de consumo, de forma que, mais importante do que sentir, pensar e criar, é ter medidas perfeitas. Assim, principalmente para os adolescentes, que já tem que lidar com suas transformações físicas, a imposição da busca por esses padrões, gera insatisfação com a imagem corporal e, consequentemente, comportamentos inadequados para atingir o corpo idealizado.

As diferenças culturais em relação ao ideal de beleza feminino e masculino podem explicar as diferenças comportamentais entre os sexos. Enquanto as meninas querem ser magras por acreditarem ser sinônimo de beleza e status social, os meninos procuram não estar acima do peso, mas desejando serem musculosos. É por esta razão, que eles não reduzem drasticamente a ingestão de alimentos, e tendem a ser cuidadosos com a sua dieta, tendo mais atenção aos componentes nutricionais da dieta, ao contrário das meninas que, geralmente fazem dietas extremamente restritivas e insuficientes em calorias e nutrientes (QUILES-MARCOS *et al.*, 2011).

De acordo com Ata *et al.* (2007) os adolescentes sofrem fortes pressões da família e dos amigos para estarem dentro dos padrões de modelo atuais. De toda forma, a pressão pela magreza, seja ela transmitida por familiares, pela mídia ou pelos pares, costuma gerar muita angústia tornando cada vez mais frequente a insatisfação corporal, podendo gerar distúrbios da imagem corporal, ou mesmo, a adoção de métodos não saudáveis, como dietas restritivas e mecanismos compensatórios de alimentação a episódios de compulsão alimentar, comportamentos característicos dos transtornos alimentares (FERREIRA & VEIGA, 2010).

Aproximadamente 90% a 95% dos pacientes com anorexia nervosa são meninas que normalmente, apresentam um comportamento reservado, porque não querem interromper sua perda de peso se forem “descobertas” e porque sentem vergonha de seu comportamento. Rotineiramente omitem refeições porque “esquecem”, “estão ocupadas” ou “pegam no sono” na hora das refeições, segundo suas informações. É frequente darem desculpas para justificar a ausência de fome e

evitam situações sociais que envolvam comer, além de usar roupas largas, para esconder seus corpos magros. Costumam usar laxantes, diuréticos, medicamentos para emagrecer e fazer exercícios exageradamente de forma secreta, às vezes, mais de uma vez por dia (PEDRINOLA, 2012).

Mesmo após curto período de comportamento anorético, o adolescente pode apresentar sérios sintomas clínicos. A deficiência de vitaminas e minerais e acentuada perda de peso podem causar anormalidades nos níveis dos eletrólitos, levando a fraqueza, fadiga, confusão, perda de concentração e até convulsão (PEDRINOLA, 2012).

Adolescentes bulímicos acreditam que devem esconder seu comportamento anormal de seus amigos e familiares; portanto, demonstram autocontrole alimentar diante dos outros ou vão ao banheiro frequentemente, durante ou após as refeições. Podem fazer visitas noturnas à cozinha, quando o resto da família já foi para o quarto, para comer compulsivamente (WEISELBERG, 2011).

Muitos adolescentes, devido ao seu estágio de desenvolvimento cognitivo, têm capacidade limitada de expressar conceitos abstratos, como auto-avaliação, motivação para perda de peso ou sentimento de baixa autoestima e depressão. Além disso, sinais clínicos, como retardo puberal, retardo de crescimento ou déficit de mineralização óssea podem ocorrer em níveis subclínicos (EISLER, 2005). Adolescentes podem apresentar dificuldades significativas relacionadas à alimentação, imagem corporal e controle de peso sem, necessariamente, apresentar os critérios formais para os TA. É essencial diagnosticar distúrbios alimentares dentro desse complexo contexto da adolescência, para iniciar a intervenção terapêutica de forma precoce (GOLDEN *et al.*, 2003).

Sendo a adolescência uma fase de grandes transformações físicas e psicológicas e de grande vulnerabilidade a esses comportamentos de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, estudos têm sido realizados a fim de conhecer melhor as peculiaridades desses distúrbios nessa faixa etária. Ao analisarem as taxas de incidência dos transtornos alimentares em adolescentes e adultos nos Países Baixos da Europa num período de 5 anos (1985-1989), Hoek *et al*. (1995) observaram que as taxas de anorexia nervosa se mantiveram estáveis enquanto a de bulimia nervosa tendeu aumentar em adolescentes.

Em 2003, Miotto *et al.*, avaliaram 1000 adolescentes italianos, de 15 a 19 anos de idade, utilizando o EAT-26, e encontraram 15,8% de formas parciais de

transtornos alimentares sugestivas de risco para anorexia nervosa entre as meninas e 2,8% entre os meninos. No mesmo estudo, os autores encontraram proporção elevada de comportamento alimentar sugestivo de risco para o desenvolvimento de bulimia nervosa em 45,5% das meninas e 8,6% dos meninos.

Beato-Fernández *et al*. (2004) analisaram adolescentes espanhóis com 13 anos e posteriormente aos 15 anos, utilizando alguns questionários específicos para rastrear indivíduos com morbidades psiquiátricas, atitudes alimentares inadequadas e desestrutura familiar. Concluíram que, sexo feminino, maior proporção de tentativas de suicídio, autolesões, relação insatisfatória com os pais, sentimento de não ser amado o suficiente ou ser ignorado pelos pais, um grande desagrado com a mãe, bem como, maiores níveis de depressão, baixa auto-estima e insatisfação com o corpo, foram indicativos de fatores de risco para transtornos alimentares. Neste estudo as meninas apresentaram sete vezes mais chances do que os meninos de desenvolver insatisfação patológica com o corpo, enquanto a auto-estima foi um fator protetor para este problema.

Em outro estudo com 1866 adolescentes latinas, residentes nos Estados Unidos, com idades entre 11 e 20 anos, foi observado que 53,3% faziam frequentemente, dietas extremamente restritivas para emagrecer (GRANILLO *et al.*, 2005). Eddy *et al.*, (2008) visando examinar a frequência, o tipo e a gravidade dos transtornos alimentares não especificados entre 280 adolescentes que procuravam tratamento ambulatorial em serviço específico para TA, em Boston, nos Estados Unidos, verificaram que 20,3% apresentavam comportamentos sugestivos de risco para anorexia, 20,6% indicativos de risco para bulimia e 6% estavam em risco para transtorno da compulsão alimentar periódica.

Nuño-Gutiérrez *et al.*, (2009) ao avaliarem 1134 estudantes do primeiro grau de escolas públicas mexicanas, encontraram 7,2% dos adolescentes com comportamentos sugestivos de transtornos alimentares, sendo 2,8% entre meninos e 10,3% entre meninas. Já Raevuori *et al.*, (2009) ao avaliarem transtornos alimentares, através de um estudo longitudinal, entre 2122 homens gêmeos finlandeses, verificaram que a taxa de incidência de anorexia nervosa, considerando a faixa etária de maior risco (entre 10 e 24 anos) foi de 15,7 por 100.000 pessoas-ano e a prevalência foi de 0,24%.

Com objetivo de estimar a prevalência de atitudes alimentares anormais, Bilali et *al*. (2010) analisaram 540 adolescentes gregos de 13 a 18 anos utilizando o EAT-

26, e observaram que atitudes alimentares inadequadas estiveram mais presentes no sexo feminino do que no masculino, devido a maior sensação de insatisfação, metas irreais e uma imagem corporal negativa. Os residentes em áreas urbanas também tiveram maiores pontuações no EAT que aqueles residentes em zonas rurais, assim como aqueles com IMC acima do adequado, com percepção do excesso de peso, com insatisfação corporal e presença de um familiar que faz dieta com frequência.

No *National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement* (NCS-A), uma vertente do *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), que analisou os dados de adolescentes norte americanos com idades entre 13 e 18 anos, a prevalência de anorexia nervosa foi igual entre os sexos (0,3%), mas houve diferença nas taxas de bulimia nervosa (1,3% nas meninas e 0,5% nos meninos), com prevalência global de 0,9% (SWANSON *et al.,* 2011).

No Brasil, em uma pesquisa com 1807 estudantes de escolas públicas de 6 municípios de Minas Gerais, com idades entre 7 e 19 anos, Vilela *et al.* (2004) aplicando o EAT, observaram que, 13,3% dos adolescentes apresentaram possíveis transtornos alimentares, com predominância significativa do sexo feminino (60% *vs* 40%). Com base na aplicação do BITE, 1,1% apresentaram um escore compatível com bulimia nervosa. Os autores verificaram ainda que 59% dos escolares estavam insatisfeitos com sua imagem corporal, 40% estavam em uso de dieta para emagrecer e 56% praticavam atividade física com o intuito de perder peso. Os episódios bulímicos foram encontrados em 12% dos alunos e 10% utilizavam métodos purgativos para perder peso. Ao avaliar meninas de 10 a 19 anos de Florianópolis – SC, aplicando o EAT, Alves *et al.* (2008) observaram que as prevalências de sintomas de anorexia nervosa e de insatisfação com a imagem corporal na amostra geral foram, respectivamente, 15,6% e 18,8% e os fatores que estiveram mais relacionados a sintomas anoréxicos foram excesso de peso, insatisfação corporal e estudar em rede pública de ensino.

Ferreira e Veiga (2008) investigaram a frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares, utilizando um questionário autoaplicável simplificado em uma amostra probabilística de 561 estudantes (12 a 19 anos) de escolas públicas do Niterói, RJ. As autoras observaram que 24,7% realizavam dietas restritivas ou jejum e 37,3% apresentaram episódios de compulsão alimentar, ao menos uma vez por semana. Os comportamentos de risco investigados (compulsão,

purga, uso de diuréticos, vômito auto-induzido, dieta restritiva/jejum) apresentaram elevada prevalência e o sexo feminino se associou positivamente a todos eles, idade maior que 15 anos se associou com compulsão alimentar, e excesso de peso com uso de diuréticos e dieta restritiva/jejum. Embora as prevalências de dieta restritiva e de episódios de compulsão alimentar tenham sido maiores entre as meninas (10,5% e 25,3%, respectivamente), entre os meninos não foram desprezíveis, indicando que eles também já se encontravam em risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

A Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2009, avaliou os adolescentes de todas as capitais do Brasil e do Distrito Federal, que frequentavam o 9º ano do ensino fundamental e tinham idade entre 13 e 15 anos (IBGE, 2009). Neste estudo observou-se que 62,8% dos escolares estavam envolvidos em práticas para perder, ganhar ou manter o peso. Um terço das meninas relataram alguma conduta com a intenção de perder peso, enquanto que nos meninos esta frequência foi aproximadamente 21%. Porto Alegre apresentou a maior frequência de escolares que desejavam perder peso (35,6%), enquanto São Luis apresentou a menor (20,1%). No Rio de Janeiro a prevalência de escolares que desejavam perder peso foi de 29,9%, sendo maior que a média nacional de 27,5% (IBGE, 2009). Em relação às práticas inadequadas, 6,9% dos adolescentes relataram que vomitaram e/ou ingeriram medicamentos ou fórmulas para controle de peso, sendo o menor percentual encontrado em Florianópolis (4,7%) e o maior em Boa Vista (9,8%), enquanto que o Rio de Janeiro esteve próximo a média nacional, com 6,1% dos escolares (IBGE, 2009).

Ferreira *et al*. (2013), em um estudo transversal com residentes do município de Duque de Caxias – RJ, utilizando um questionário simplificado, encontraram prevalências de 20% para os episódios de compulsão alimentar, 18,9% para dieta restritiva e 3,3% para o uso de mecanismos compensatórios nos adolescentes de 12 a 18 anos. Foi verificada uma associação entre compulsão alimentar e dieta restritiva com excesso de peso nestes adolescentes. Verificaram também que os CRTA foram mais frequentes entre os adolescentes do que entre os adultos e que para os adolescentes, fazer dieta restritiva foi mais frequente entre as meninas (23,7%) quando comparadas aos meninos (13,7%). No estudo, não foi encontrada associação entre CRTA e faixa etária dos adolescentes e, foi observada associação significativa entre a presença de episódios de compulsão alimentar e de dieta

restritiva no adulto e nos adolescentes residentes no mesmo domicílio, com prevalência duas vezes maior entre adolescentes que moravam com adultos com tais comportamentos quando comparados aos que não moravam.

2.4 Transtornos alimentares, comportamentos de risco para transtornos alimentares e obesidade

Atualmente a obesidade é um grave problema de saúde pública mundial (OMS, 2013). No Brasil, nos últimos 35 anos, de acordo a pesquisa de orçamento familiar (POF, 2008-2009), houve aumento na prevalência de excesso de peso em todas as regiões do país e em todas as faixas etárias. Entre os adolescentes este aumento contínuo foi de aproximadamente seis vezes no sexo masculino (de 3,7% para 21,7%) e de quase três vezes no sexo feminino (de 7,6% para 19,4%). Quanto a obesidade, a tendência ascendente descrita para o excesso de peso, se repete nos dois sexos com frequências menores (IBGE, 2010).

Por ser uma doença crônica, com etiologia multifatorial e inúmeras complicações associadas, a obesidade incide em altas taxas de morbidade e mortalidade, o que tem preocupado os governos e a comunidade científica (WHO, 1998). A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo em quantidades que acarreta prejuízos à saúde do indivíduo (WHO, 1998). Pessoas obesas têm um maior risco de desenvolver patologias graves, como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios (ADES & KERBAUY, 2002).

O aumento do sobrepeso e obesidade, relacionado à oferta abundante de alimentos de alto valor calórico e de rápido consumo (*fast food*), bem como a vida cotidiana cada vez mais sedentária, contrasta com um ideal cultural de magreza socialmente imposto, que pode influenciar substancialmente a adoção de atitudes e comportamentos voltados para perda de peso e, consequentemente, de práticas inadequadas para tal fim (OLIVEIRA *et al.*, 2003a).

Embora a obesidade não deva ser classificada como um transtorno alimentar, Flaherty e Janicak (1995) apontam que alguns autores a incluem didaticamente nesta categoria pelos aspectos semelhantes aos demais transtornos e pelo fato de

caracterizar-se por perturbações no comportamento alimentar, podendo apresentar síndrome psicológica associada que merece intervenção médica e/ou psiquiátrica.

Em indivíduos obesos, comportamentos de compulsão alimentar são mais frequentes e parecem ser em parte, responsáveis pelos fracassos observados no tratamento da obesidade (BERNARDI *et al.*, 2005). A sintomatologia dessas enfermidades, ainda que aparentemente divergentes, possuem semelhanças, visto que, em geral, estão acompanhadas de comportamentos como ingestão compulsiva de alimentos, ingestão de grande quantidade de alimento em pequeno espaço de tempo, falta de controle alimentar e o sentimento de culpa no caso da compulsão alimentar (PINHEIRO *et al.*, 2006).

Obesos, geralmente, apresentam sofrimento psicológico devido à depreciação de sua imagem física e preocupação excessiva com o peso, e, esta condição emocional, muitas vezes, leva estes indivíduos a práticas alimentares anormais, consumindo alimentos compulsivamente, como um mecanismo compensatório a períodos de restrição alimentar severa visando a perda de peso (BERNARDI *et al.*, 2005). Desta forma constata-se, uma estreita relação entre obesidade e TA, seja como causa ou consequência um do outro, o que justifica a importância de estudos sobre a associação entre estas duas doenças, particularmente na adolescência com alta vulnerabilidade a ambas.

Pesquisas têm mostrado a ocorrência de episódios de compulsão alimentar, tanto na população geral quanto em grupos específicos, como em indivíduos obesos em tratamento para perda e/ou controle de peso, apresentando resultados que indicam uma associação entre esses comportamentos e o excesso de peso (COUTINHO, 2000; FREITAS, 2008; FRENCHE, 1999; MOREIRA, 2007; ROBERTSON, 1997; SIQUEIRA, 2005; VITOLO, 2006)

Segundo Spitzer *et al.* (1993) e Appolinário (1998), na população geral a prevalência de TCAP pode variar de 1,5% a 5% e, frequentemente, está associada com a obesidade e com perturbações da imagem corporal. Entre indivíduos obesos que procuram tratamento clínico para perda de peso a prevalência de TCAP varia 5% a 30%.

Spitzer *et al.* (1992) realizaram um estudo multicêntrico com indivíduos de ambos os sexos, residentes nos Estados Unidos, com idade entre 17 e 65 anos, a partir de seis grupos de pacientes de programas de controle de peso e três grupos comunitários. Os autores consideraram como compulsão alimentar, além de ter

frequentes episódios de excesso de consumo alimentar, ter perdido o controle sobre a alimentação, nos seis meses precedentes à entrevista. Encontraram prevalência de episódios de compulsão alimentar de 45,6% no grupo de pacientes de programas de controle de peso e 6,3% no grupo comunitário.

Frenche*t al*. (1999), com uma amostra de mulheres com idade entre 20 e 45 anos, incluídas em estudo de intervenção para prevenção do ganho de peso, encontraram prevalência de compulsão alimentar de 14%, sendo maior dentre aquelas com excesso de peso (20,8%) quando comparadas às com peso adequado (9,1%).

Nos EUA, Smith *et al.*, (1998) observaram que a prevalência de compulsão alimentar em indivíduos adultos com excesso de peso foi duas vezes maior (2,9%) quando comparada aos indivíduos com peso adequado (1,5%). Na Itália, Adami e cols. (1995), encontraram taxas elevadas de TCAP (43%) em indivíduos com obesidade grau III candidatos à cirurgia bariátrica. Hasler *et al*., em estudo de coorte prospectivo de base populacional com 591 adultos jovens acompanhados dos 19 aos 40 anos, mostraram que a ocorrência de episódios de compulsão alimentar esteve associada com o aumento no ganho de peso e problemas clinicamente significativos em relação ao peso.

No Brasil, Appolinário *et al.* (1995), Coutinho (2000) e Borges (2000) encontraram prevalência de compulsão alimentar entre 15% a 32% em pacientes que procuravam tratamento para emagrecer. Matos e cols. (2002) encontraram 36% de TCAP em 50 pacientes com obesidade grau III acompanhados no Ambulatório de Obesidade da Universidade Federal de São Paulo. Petribu *et al.*(2006), no Recife – PE, encontraram TCAP em 56,7% dos candidatos à cirurgia bariátrica no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, sendo que 25,4% dos pacientes apresentavam compulsão moderada e 31,3% compulsão grave.

A relação entre o excesso de peso e a compulsão alimentar tem sido observada não apenas em grupos específicos, como obesos e pacientes em tratamento para perda de peso, como nos estudos citados acima, mas também em estudos epidemiológicos.

França *et al.*, (2010), em um estudo de base populacional, desenvolvido em Pelotas – RS, com 2.089 indivíduos, de ambos os sexos, encontraram prevalências de compulsão alimentar de 15,6% em obesos, 6,6% em pessoas com excesso de peso e 3,8% em indivíduos com peso adequado ($p<0,05$), chegando a conclusão de

que o estado nutricional está associado a compulsão alimentar, mesmo quando ajustado por potenciais fatores de confusão.

Silva *et al.* (2012)*, e*m um estudo transversal com 175 universitárias do curso de nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto – MG, Brasil, encontraram que as estudantes com obesidade e sobrepeso apresentaram cerca de 5 a 7 vezes mais chances de risco de desenvolver transtorno alimentar se comparadas as estudantes com peso adequado. O perímetro da cintura elevado aumentou o risco para transtornos alimentares em 3 vezes e o maior percentual de gordura corporal elevou o risco em 6,45 vezes. As estudantes que apresentaram alto risco para o desenvolvimento de transtorno alimentar apresentaram valores médios de IMC, % gordura corporal, perímetro da cintura e do braço e dobra cutânea tricipital maiores em relação as estudantes que não apresentaram risco para o desenvolvimento destes comportamentos.

Também em adolescentes, a associação entre excesso de peso e obesidade com CRTA tem sido investigada. Ferreira e Veiga (2008), investigando os CRTA em estudantes de Niterói-RJ, não verificaram associação entre os episódios de compulsão alimentar e o estado nutricional. Entretanto, os adolescentes com sobrepeso apresentaram maior risco de fazer uso de diuréticos (RP= 5,01, IC 95%= 1,26-19,67) e de fazer dieta restritiva (RP= 1,91, IC 95%= 1,41-2,59) quando comparados aos eutróficos.

Em um estudo de corte transversal com 1.209 adolescentes (14 a 19 anos), de ambos os sexos, realizado em Cuiabá – Mato Grosso, Pivetta & Silva (2010), encontraram que o índice de massa corporal (peso/estatura^2) apresentou associação linear significativa e direta com os episódios de compulsão alimentar.

Ferreira *et al*. (2013), investigando os CRTA em adolescentes residentes no município de Duque de Caxias – RJ, verificaram associação significativa entre todos os comportamentos sugestivos de TA com o estado nutricional dos adolescentes, sendo que os episódios de compulsão alimentar e dieta restritiva foram mais prevalentes entre os adolescentes com excesso de peso.

Em um estudo de caso, intitulado “Transtornos alimentares em adolescentes com história de obesidade”, Sim e cols. (2013) chegaram a conclusão de que a detecção de CRTA e intervenção precoces em pacientes obesos é essencial. Os autores afirmam que os comportamentos alimentares desordenados devem ser identificados o mais cedo possível, e os pacientes encaminhados para uma

intervenção apropriada. Ao manter a consciência que os transtornos alimentares e a obesidade, de fato, estão fortemente associados, os profissionais de saúde podem melhorar suas estratégias de intervenção visando o controle e tratamentos de ambos os problemas concomitantemente.

2.5 Transtornos alimentares, comportamentos de risco para transtornos alimentares e aspectos socioeconômicos

Há algumas décadas acreditava-se que a maior parte dos pacientes com transtornos alimentares fossem pertencentes às classes socioeconômicas média e alta (SANTOS *et al.*, 1990). A literatura descrevia que os indivíduos acometidos por transtornos alimentares eram, quase em sua totalidade, meninas ocidentais, de raça branca e pertencentes a uma classe socioeconômica elevada. Hoje sabe-se que os transtornos alimentares acometem diferentes classes sociais e variados contextos culturais. Um exemplo desta afirmação é o Japão onde, segundo Hercovici & Bay (1997), antes da ocidentalização tais transtornos praticamente inexistiam e depois passaram a ser muito frequentes.

Quanto a relação entre transtornos alimentares com o nível econômico, os estudos realizados nessa área são poucos, e os resultados são controversos, pois alguns afirmam que os comportamentos estão mais associados a indivíduos de classe média e alta (COSTA, 2008), enquanto outros observaram associação com a classe baixa (COSTA, 2008; HOLLING, 2007; POWER, 2008), e ainda outros observaram que essa associação é inexistente, havendo pouco ou nenhum efeito da classe social (BAUER, 2006; BERGSTRÖM, 2007; PRETI, 2007; SOH, 2007).

Na Austrália, um estudo mostrou que jovens de nível socioeconômico médio, comparados com aqueles de nível alto, tinham menos probabilidade de desejar um corpo mais magro do que o avaliado como o atual. Esse estudo sugeriu que as atitudes alimentares e imagem corporal dos jovens de alto nível socioeconômico são mais influenciadas por fatores como a família ou a mídia (Wang, *et al.*, 2005). Em outra pesquisa realizada no mesmo país, não foi encontrada diferença entre adolescentes do sexo feminino de baixo ou médio/alto nível socioeconômico quanto a percepção da imagem corporal e frequência de comportamentos alimentares inadequados (O'Dea, 1994). O'Dea e Caputi (2001) averiguaram que jovens de baixo nível socioeconômico, especialmente meninos, têm mais probabilidade de se

verem como muito magros e de tentarem ganhar peso, comparados com aqueles de alto nível socioeconômico.

Pacientes com transtornos alimentares podem pertencer a qualquer classe social, conforme relatos da experiência obtida em trabalhos no Ambulatório de bulimia e transtornos alimentares – AMBULIM (SP) (CORDAS *et al.*, 2004), no Ambulatório de transtornos alimentares da Santa Casa de Misericódia (RJ) (MELLIN & ARAÚJO, 2002) e alguns resultados de estudos epidemiológicos citados anteriormente.

Ainda em relação aos aspectos socioeconômicos, Fernandes (2007), em estudo de base populacional com estudantes de 6 a 18 anos de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte (MG), constatou que a classe social é significativa na construção da imagem corporal. Os alunos brancos, aqueles cujos responsáveis tinham curso superior completo, os pertencentes às classes socioeconômicas mais altas e os de escolas particulares desejavam ser mais magros, enquanto os negros, os alunos cujos responsáveis tinham o 1º grau completo/2º grau incompleto, os pertencentes às classes socioeconômicas mais baixas e os de escolas públicas desejavam ser mais gordos, o que pode levar a práticas alimentares inadequadas como a restrição alimentar para os que desejam ser mais magros e a compulsão alimentar para aqueles que desejam engordar.

Vilella *et al.*, em 2004 e Ferreira & Veiga, em 2008 observaram prevalências de comportamentos considerados de risco para transtornos alimentares em estudantes de escolas públicas que, reconhecidamente, no Brasil, correspondem, predominantemente a uma população socioeconomicamente menos favorecida. Em 2009, Dunker e cols., investigaram a influencia do nível socioeconômico sobre os CRTA em adolescentes, e concluíram que os resultados encontrados demonstraram que estes comportamentos, como a preocupação com peso e restrição alimentar, não têm associação com a situação socioeconômica.

Ferreira *et al*., em 2013, observaram prevalências elevadas de CRTA em adolescentes e adultos residentes em Duque de Caxias, um dos municípios mais pobres do estado do Rio de Janeiro (ROCHA & ALBUQUERQUE, 2007), indicando que tais transtornos podem estar, de fato, presentes em populações anteriormente consideradas mais protegidas para o problema.

No que concerne a associação de TA ou de CRTA com a cor da pele do indivíduo, não se encontrou estudos específicos sobre o tema. Todavia, neste

sentido, vem se questionando a concepção estabelecida de que os transtornos alimentares atingem predominantemente mulheres brancas. Até o momento poucos estudos se propõe a comparar indivíduos diferentes quanto a cor de pele, focando nas diferenças culturais e étnicas, e os resultados encontrados são contraditórios.

Em relação à insatisfação com a imagem corporal, importante fator de risco para o desenvolvimento de TA, Chen e Swalm (1998) encontraram maiores índices de insatisfação corporal em adolescentes americanas do que em adolescentes asiáticas. Na mesma linha, Nasser (1998) constatou que mulheres negras americanas, mesmo tendendo a ter um peso corporal mais elevado, preocupam-se menos com o fato de engordar do que as mulheres brancas do mesmo país.

Ainda nos Estados Unidos, um estudo realizado no estado de Minnesota mostrou que as adolescentes africanas e as miscigenadas relataram com mais frequência alta satisfação corporal (40,1 e 44,3%, respectivamente), do que as hispânicas e asiáticas (19,8 e 20,0%, respectivamente), e que as africanas que expressaram quase três vezes mais satisfação corporal do que as caucasianas (Kelly *et al.*, 2005). Por outro lado, Smith *et al.* (1999) concluem que mulheres pertencentes à raça negra apresentam maiores índices de temor à obesidade do que mulheres caucasianas, provavelmente pelo preconceito que sofrem por parte da população de raça branca.

No Brasil, em um estudo realizado com escolares de 15 a 30 anos, em Salvador na Bahia, Bittencourt *et al*. (2013), avaliaram a relação dos transtornos alimentares, por meio do EAT-26, com o fator étnico-racial. Os autores verificaram que as estudantes que se identificaram como amarelas ou indígenas têm 3,6 vezes mais chances de desenvolverem comportamentos alimentares desordenados e 4,8 vezes mais possibilidade de estarem insatisfeitas com sua imagem corporal do que as brancas. As estudantes pardas apresentam 2,5 vezes mais risco para essa insatisfação. Os autores notaram que as pardas e pretas apresentaram 1,25 e 1,17 vezes mais risco de desenvolver os comportamentos alimentares desordenados, compradas as brancas respectivamente, embora sem significância estatística.

3. OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho é descrever as mudanças temporais nas prevalências dos comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes residentes no segundo distrito do município de Duque de Caxias – Rio de Janeiro, em período de 5 anos.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar as prevalências dos comportamentos de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares e prática de dieta para emagrecer entre 2005 e 2010.

Examinar a magnitude da associação entre os comportamentos de risco para os transtornos alimentares e prática de dieta para emagrecer com variáveis socioeconômicas e demográficas nos dois períodos de estudo.

Examinar a associação entre as prevalências dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares, prática de dieta para emagrecer e prevalência de excesso de peso nos dois períodos.

5. MÉTODOS

O presente trabalho utiliza dados de duas pesquisas: a primeira intitulada “Avaliação do estado nutricional, hábitos alimentares e insegurança alimentar no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro: desenvolvimento de um instrumento simplificado para avaliação de consumo alimentar saudável”, realizada no ano de 2005, e a segunda intitulada “Modificações na insegurança alimentar, no sobrepeso e no consumo alimentar no período de 2005 a 2010 em Duque de Caxias – Pesquisa SANDUC”, realizada em 2010, ambas financiadas pelo CNPq. Trata-se de dois estudos transversais, de base populacional, realizados por meio de visitas domiciliares, que investigaram variáveis referentes aos residentes de domicílios particulares permanentes (DPPs) do segundo distrito do município de Duque de Caxias. As duas pesquisas incluíram indivíduos das seguintes faixas etárias: adultos entre 19 e 60 anos; adolescentes entre 12 e 18,9 anos; crianças entre seis e 30 meses de idade. Neste projeto analisamos dados referentes aos adolescentes investigados nas duas pesquisas.

5.1 Local do Estudo

O município de Duque de Caxias localiza-se na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, a 27 km de distância da capital do estado, sendo composto pelos distritos de Duque de Caxias, Campos Elíseos, Imbariê e Xerém. Possui extensão territorial de 467 km² e população residente, predominantemente urbana, estimada em 855 mil habitantes, que corresponde a 5,3% da população do Estado (IBGE, 2011). Até o início dos anos 2000, o município de Duque de Caxias apresentava 14,5% de sua população vivendo abaixo da linha de pobreza, proporção quase duas vezes maior que a média encontrada para o estado do Rio de Janeiro (8,69%) (ROCHA & ALBUQUERQUE, 2007). Contraditoriamente, Duque de Caxias concentra indústrias de grande porte e tem a segunda maior participação no Produto Interno Bruto do Estado (IBGE, 2011).

Independente do potencial industrial, de acordo com o Mapa da Fome II de 2003, 28,2% da população de Duque de Caxias era indigente, ou seja, quase o

dobro da proporção de pessoas em condição de pobreza extrema existente no município do Rio de Janeiro no período (MAGALHÃES, 2007). Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 64,9% para 65,0%. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 20,8% em 2000 para 10,8% em 2010. No mesmo ano, 58,4% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 35,3% o ensino médio. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu aproximadamente 6% nas últimas duas décadas (PNUD, 2013). Em 2005, os adolescentes representavam 14,6% da população geral e em 2010, essa porcentagem foi para 13,1%. Em relação a educação, 15,8% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão do ensino fundamental, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 49,0%. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 98,7% (IBGE, 2011).

Em Campos Elíseos, segundo distrito do município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro, local escolhido para a realização da pesquisa, se situa o principal pólo de produção de petróleo do Estado do Rio de Janeiro. Entretanto, destaca-se, também, por ser um dos distritos de menor renda *per capita* do município de Duque de Caxias. Em estudo de base populacional realizado na região em 2005, apenas 26,8% das famílias referiram renda *per capita* acima de um salário mínimo, pouco mais de 83% das famílias foram classificadas nas classes C e D segundo a classificação da ABIPEME e 52,3% dos chefes de família não haviam concluído o ensino fundamental (SALLES-COSTA *et al.*, 2008).

5.2 População do Estudo

A população de pesquisa corresponde aos adolescentes de 12 a 18,9 anos que fazem parte do conjunto de famílias residentes em domicílios particulares de Campos Elíseos, nas datas de referência de cada pesquisa (2005 e 2010).

De acordo com o Censo Demográfico 2000, data de referência da pesquisa SANDUC 2005, o distrito de Campos Elíseos tinha uma população residente de 243.767 pessoas (35.545 adolescentes), das quais 243.013 (99,7%) residiam nos

67.865 domicílios particulares então existentes. Para a operação censitária, o distrito foi dividido em 322 setores censitários. No Censo Demográfico 2010, que foi o período de referência para a pesquisa SANDUC 2010, o referido distrito tinha população residente de 290.762 habitantes (38.066 adolescentes), dos quais 290.612 (99,9%) residiam nos 89.834 domicílios particulares então existentes. Para a operação censitária, o distrito também foi dividido em 322 setores censitários.

5.3 Amostragem

Tratam-se de dois estudos transversais realizados com amostras probabilísticas de 1.125 domicílios particulares permanentes (DPPs) do segundo distrito do município de Duque de Caxias, selecionada em três estágios (setor censitário, domicílio e o indivíduo). O tamanho da amostra foi fixado, tanto em 2005 como em 2010, com base em uma estimativa de 14,5% para a prevalência de pobreza extrema, fixando-se um erro relativo máximo de 5%. Em 2005, no primeiro estágio, foram selecionados, de forma sistemática, 75 setores censitários com probabilidades proporcionais ao número de DPPs observados pelo Censo Demográfico 2000, dentre os 322 setores constantes da Base Operacional Geográfica (BOG) de 2000 do IBGE. Previamente à sua seleção, os setores censitários foram ordenados por renda média do responsável pelo domicílio, de forma a assegurar a representação de todos os níveis de renda na amostra.

No primeiro estágio, antes da seleção dos domicílios, foi realizada, entre outubro de 2004 a janeiro de 2005, um *screening* dos DPPs dos setores censitários selecionados, para localizar os endereços e identificar os DPPs com crianças e adolescentes. Com esse levantamento foi possível estratificar os DPPs de cada setor nos seguintes estratos: (a) DPP só com adultos; (b) DPP com adultos e adolescentes; (c) DPP com adultos e crianças; e (d) DPP com adultos, adolescentes e crianças. No segundo estágio, em cada estrato de cada setor, os DPPs foram selecionados com eqüiprobabilidade e o tamanho da amostra de DPPs, previamente fixado em 15 DPPs por setor, foi alocado de forma a assegurar um mínimo de dois DPPs por estrato e setor, além de um tamanho global da amostra de DPPs que permitisse estimar os parâmetros desejados para crianças e adolescentes. No terceiro estágio, em cada DPP sorteado foi selecionado um morador de cada grupo

(criança, adolescente ou adulto) com eqüiprobabilidade dentre o total de moradores do grupo, observando-se que no estrato de DPPs só com adultos foram sorteados dois adultos em cada DPP selecionado.

No segundo inquérito, realizado no ano de 2010, optou-se pelo desenho de amostragem inversa (HALDANE, 1945) por conglomerados (setor censitário, domicílios e indivíduos) e no primeiro estágio de seleção, os mesmos 75 setores censitários foram amostrados, sendo realizado novo *screening* para atualização dos DPPs por estratos etários. Com esta informação, o supervisor de campo sorteava de modo aleatório os DPPs do estrato de crianças (máximo de oito domicílios por setor) seguidos pelo sorteio de DPPs com adultos e/ou adolescentes até completar o total de 15 DPPs por setor (segundo estágio de seleção). Esta etapa utilizou planilha de dados elaborada pelo estatístico da equipe que sistematizou o número de domicílios considerando a proporção de DPPs com crianças e demais faixas etárias, gerando a relação de endereços fixos baseados nas informações da varredura dos setores. A relação indicava a seqüência de visitas de cada entrevistador, com suas respectivas substituições, seguindo critério de primeiro, entrevistar todos os DPPs com crianças e, em seguida, os demais DPPs com adolescentes e/ou adultos.

O terceiro estágio de seleção contemplou a seleção dos indivíduos de cada DPP a serem entrevistados, sendo selecionado um indivíduo de cada grupo (criança, adolescente ou adulto) e no estrato de DPPs só com adultos eram selecionados dois adultos. Para a seleção dos indivíduos, os entrevistadores inicialmente identificavam a mulher de referência de cada domicílio, ou seja, aquela responsável pelo gerenciamento das compras e preparo das refeições, independente dela ser ou não considerada a chefe do domicílio. Em seguida, entre domicílios com criança na faixa etária de seis a trinta meses e/ou adolescente este(s) era(m) obrigatoriamente filho(s) da mulher de referência. Por fim, o homem entrevistado era o cônjuge da mulher de referência, exceto quando esta não morava com seu companheiro ou quando este não era presente (nesta situação outro adulto do sexo masculino era selecionado para participar da entrevista, garantindo a proporção entre homens e mulheres).

O critério de substituição de DPPs nos dois inquéritos considerou a tentativa de até três visitas pelos entrevistadores, bem como possíveis perdas de entrevistas por estrato etário ou de sexo dentro do domicílio selecionado (recusa de entrevista pelo adulto e/ou adolescente).

Nas duas pesquisas, foram considerados elegíveis os adolescentes com idade ente 12 e 18,9 anos, que não apresentavam deficiência física que impedisse a avaliação antropométrica e aplicação dos questionários e que não estivessem grávidas. Em 2005 a amostra final foi de 1089 domicílios, divididos nos 75 setores censitários. Inicialmente, 561 adolescentes elegíveis foram entrevistados. Cinqüenta adolescentes foram excluídos por inconsistência no preenchimento dos questionários. Sendo assim, considerou-se os dados de 511 adolescentes (taxa de resposta de 91,0%). Em 2010 a amostra final foi de 1121 domicílios, divididos nos mesmos setores censitários da pesquisa anterior. Foram entrevistados 314 adolescentes considerados elegíveis (taxa de resposta de 100%).

Considerando prevalência estimada de comportamentos de risco para transtornos alimentares de aproximadamente 20% (DUNKER & PHILIPPI, 2003; FERREIRA *et al.*, 2013; SAMPEI *et al.*, 2009), nível de confiança de 95%, com precisão absoluta de 5% para 2005 (n=511) e de 4% para 2010 (n=314) e o efeito do desenho por conglomerado, estes números amostrais permitem estimar a prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares na população de adolescentes avaliada.

5.4 Coleta de dados

Passaremos a descrever os procedimentos metodológicos para coleta de dados apenas referentes às variáveis que foram analisadas nesta dissertação. As entrevistas domiciliares e aferições de medidas foram realizadas mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXOS G e P) pelo responsável do domicílio e só participaram os adolescentes que quiseram. Os projetos que originaram os bancos de dados utilizados no presente estudo foram aprovados pelo comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (ANEXOS H e Q).

A coleta de dados, tanto em 2005 como em 2010, foi realizada por equipe de entrevistadores devidamente treinados para a função (40 horas de treinamento para as etapas de aplicação do questionário, medidas antropométricas e consumo alimentar). A coleta de dados do SANDUC 2005 ocorreu no período de abril a dezembro de 2005 e do SANDUC 2010 no período de abril a dezembro de 2010.

5.4.1 Avaliação de comportamentos de risco para transtornos alimentares

Na pesquisa de 2005, as perguntas utilizadas para identificar os comportamentos de risco para transtornos alimentares consistiram em uma adaptação das questões utilizadas por Hay (1998) em seu roteiro de entrevista para averiguar a prevalência de CRTA em uma comunidade australiana. As mesmas perguntas foram aplicadas em um estudo com amostra probabilística de 561 adolescentes, estudantes de escolas públicas de Niterói, RJ por meio de um questionário auto-respondido, cuja reprodutibilidade foi considerada boa (FERREIRA & VEIGA, 2008).

As perguntas utilizadas visaram identificar a ocorrência, nos últimos seis meses, dos seguintes comportamentos: episódios de compulsão alimentar, comportamento purgativo (uso de laxantes, diuréticos ou ainda vômitos autoinduzidos) com o intuito de controlar o peso, e dieta muito restritiva ou jejum.

Para os adolescentes, as perguntas referentes aos comportamentos purgativos (laxante, diurético e vômitos em uma única questão) e dieta restritiva foram apresentadas na forma de um questionário auto-respondido visando evitar constrangimento do adolescente em responder a estas questões para o entrevistador. Cada pergunta apresentava opção de resposta dicotômica (sim e não) para avaliar presença ou ausência de CRTA nos últimos 6 meses. A pergunta sobre os episódios de compulsão alimentar fez parte do questionário aplicado pelo entrevistador. Caso o adolescente respondesse positivamente a essa questão, era investigado com que frequência semanal ocorriam estes episódios (ANEXOS B, C e D).

Em 2010, após a reformulação do questionário, todas as questões referentes aos CRTA passaram a ter opções de frequência semanal e os tipos de comportamentos purgativos foram perguntados em questões separadas (ANEXOS J, L e M). Para efeito de comparação com os dados de 2005, os resultados serão apresentados levando em consideração apenas a presença ou ausência dos CRTA, independente da frequência semanal.

A questão referente a prática de dieta para emagrecer nos 6 últimos meses, presente no questionário de 2005 e 2010, foi incluída no questionário aplicado pelo entrevistador e não faz parte das perguntas utilizadas para identificar os CRTA, entretanto foi utilizada neste estudo devido a sua pertinência ao tema.

5.4.2 Avaliação antropométrica

Em ambas as pesquisas os indivíduos foram avaliados trajando roupas leves e descalços. O peso foi obtido por meio de balança eletrônica portátil, com capacidade até 150 quilogramas e variação de 50 gramas. Considerando a alta precisão da balança eletrônica, o peso foi aferido apenas uma vez. A estatura foi medida por meio de estadiômetro portátil, com variação de 0,1 centímetros (cm), sendo realizadas duas medidas, posteriormente, a média entre as duas foi calculada. Foi permitida uma variação máxima de 0,5 cm entre as duas medidas e caso a variação ultrapasse este valor as medidas eram repetidas. O peso e a estatura foram obtidos seguindo as técnicas propostas por Gordon, Chumlea & Roche (1988).

Com as medidas de peso e estatura calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) definido como o peso em kg dividido pela estatura em metro, elevada ao quadrado.

5.4.3 Avaliação dos indicadores socioeconômicos e demográficos

Para avaliação dos indicadores demográficos foi considerado sexo, idade e cor do adolescente. Como avaliação dos indicadores socioeconômicos foi considerada a renda familiar mensal per capita (total de rendimentos da família dividido pelo número de moradores), expressa em múltiplos do salário mínimo: R$ 300, em 2005 e R$ 510, em 2010. Esta informação foi obtida a partir do questionário aplicado a mulher respondente por meio de entrevista (ANEXOS F e O).

5.5 Plano de análise de dados

Os bancos de dados das duas pesquisas foram elaborados e digitados por uma equipe previamente treinada no programa CSPro 2.5 (2005) e CSPro 3.3 (2010). Após a junção dos bancos, a análise dos dados foi realizada utilizando o software *Statistical Program for the Social Sciences*, versão 19,0 (SPSS, Chicago, IL). Para as análises considerou-se o peso amostral de cada indivíduo para

expansão da amostra e o efeito do desenho do estudo por conglomerados, utilizando-se o procedimento *Complex Sample* do SPSS.

5.5.1 Variáveis do estudo

- Adequação de peso para estatura dos adolescentes: foi feita com base em pontos de corte do Índice de Massa Corporal, por sexo e faixa etária, segundo a proposta da Organização Mundial de Saúde (2007), conforme ilustrado no quadro 1.

Quadro 1. Classificação da adequação de peso para estatura, segundo IMC, critério WHO, 2007.

Pontos de Corte de IMC	Classificação
< Escore-Z = -2	Baixo IMC para idade
≥ Escore-Z= -2 e < Escore-Z=+1	IMC adequado ou Eutrófico
≥ Escore-Z=+1 e < Escore-Z=+2	Sobrepeso
≥ Escore-Z= +2	Obesidade

Para análise de associação com CRTA utilizou-se as categorias: com sobrepeso (sobrepeso e obesidade) e sem sobrepeso (baixo IMC para idade e eutrofia).

- Comportamentos de risco para transtornos alimentares nos adolescentes: foram analisadas como variáveis binárias (presença ou ausência) os seguintes comportamentos:

- Episódios de compulsão alimentar;
- Dieta restritiva ou jejum;
- Mecanismos compensatórios (vômitos autoinduzidos, uso de diuréticos e laxantes);
- Ter ao menos um comportamento de risco para transtornos alimentares.

- Dieta para emagrecer nos últimos 6 meses: foi analisada como variável binária (sim ou não).

- Sexo: foi analisada como variável binária (masculino e feminino)
- Idade: foi analisada como variável binária (12 a 14,9 anos e de 15 a 18,9 anos).
- Cor: foi analisada como variável binária (branco e preto/pardo).
- Renda per capita: foi analisada como múltiplos de salário mínimo (Até ½ salário mínimo, de ½ a 1 salário mínimo e mais de 1 salário mínimo).

5.5.2 Análise estatística

Foi feita análise descritiva das variáveis do estudo considerando as freqüências e intervalos de confiança de 95% (IC95%) nos dois períodos (2005 e 2010), comparando as frequências entre as duas pesquisas com base no teste qui-quadrado. No caso das variáveis com mais de duas categorias foi realizado o teste de partição do qui-quadrado no programa estatístico *WinPepi*.

Investigou-se a associação entre CRTA e a pratica de dieta para emagrecer (variáveis de desfecho) com cada variável socioeconômica e demográfica e com presença de sobrepeso (varáveis de exposição) com base no teste qui-quadrado em cada período de estudo (2005 e 2010). A magnitude da associação das variáveis estudadas com os CRTA foi investigada por meio da *Odds Ratio* (OR) e IC (95%), utilizando-se a regressão logística. Esta análise foi efetuada apenas para as variáveis sociodemográficas que se mostraram significativamente associadas aos CRTA, com valor de $p < 0,05$, sendo estimada a OR bruta de cada CRTA com cada variável de exposição e a OR para cada exposição ajustada pelo efeito dos demais. A análise de magnitude não foi realizada para mecanismos compensatórios diante da sua baixa frequência na amostra investigada.

6. RESULTADOS

Nos dois anos de pesquisa a maioria dos adolescentes era de cor preta ou parda, e tinham renda per capita de até 1 salário mínimo. Em relação a classificação de peso com base no IMC, verificou-se mudança significativa (p=0,033) com redução do baixo peso (- 3,6 pontos percentuais) e aumento da prevalência de sobrepeso (6,5 pontos percentuais). A presença de episódios de compulsão alimentar aumentou 18,4 pontos percentuais entre os dois estudos (p=0,001), mas não houve diferenças nas prevalências dos demais CRTA. Ter ao menos um CRTA aumentou 13,7 pontos percentuais entre 2005 e 2010 (p=0,018) (Tabela 1).

A presença de episódios de compulsão alimentar aumentou significativamente em ambos os sexos e faixas etárias (embora entre aqueles com 15 a 18 anos o aumento tenha sido quase o dobro do que entre aqueles com 12 a 14 anos), entre os brancos e pretos ou pardos, para todos os níveis de renda per capita, e para aqueles com e sem sobrepeso, embora significativamente apenas entre os sem sobrepeso.

Em 2005, os episódios de compulsão alimentar se associaram com a cor da pele, sendo mais prevalente entre os de cor preta ou parda do que entre os brancos (21,8% *vs* 11,6%) e a classificação de peso pelo IMC, com maior prevalência entre os adolescentes com sobrepeso do que entre aqueles sem sobrepeso (28,8% *vs* 17,2%). Já em 2010, nenhuma variável se associou aos episódios de compulsão alimentar.

A prática de dieta restritiva ou jejum se associou ao sexo e a classificação de peso pelo IMC tanto em 2005 como em 2010. As meninas e os adolescentes com sobrepeso apresentaram maiores prevalências desse comportamento que também foi mais frequente entre os adolescentes de cor preta ou parda em 2005, com a mesma tendência em 2010 (Tabela 2).

Em 2005, o uso de mecanismos compensatórios teve maior prevalência entre os adolescentes com sobrepeso (5,9% *vs* 2,5%, p=0,029). A prática de dieta para emagrecer foi mais prevalente entre as meninas e os adolescentes com sobrepeso nos dois anos de pesquisa. Não houve variação significativa nas prevalências do uso de mecanismos compensatórios e prática de dieta para emagrecer no período

compreendido entre os dois estudos em nenhuma categoria das variáveis investigadas (Tabela 3).

Quanto a prática de dieta restritiva, em 2005, as meninas apresentaram 1,95 vezes mais chances de apresentarem este comportamento do que os meninos, os adolescentes pretos e pardos apresentaram 1,87 vezes mais chances do que os brancos, e aqueles com sobrepeso tiveram 2,29 vezes mais chances do que aqueles com peso adequado. Em 2010, as meninas e os adolescentes com sobrepeso tiveram 7,02 e 3,65 mais chances, respectivamente, de apresentar prática de dieta restritiva. A prática de dieta para emagrecer apresentou associações semelhantes as observadas para dieta restritiva, de modo que as meninas e os adolescentes com sobrepeso apresentaram mais chances de desenvolver este comportamento nos dois anos de pesquisa. No ano de 2005, os adolescentes de cor preta e parda e as meninas tiveram 1,91 e 2,02 vezes mais chances, respectivamente, de apresentarem compulsão alimentar. Em 2010, os episódios de compulsão alimentar não se associaram a nenhuma das variáveis estudadas (Tabela 4).

Tabela 1. Características sociodemográficas, classificação de peso com base no IMC e comportamentos de risco para transtornos alimentares dos adolescentes. Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ, 2005 e 2010.

	2005		2010		Variação	Valor de *p*[1]
	n*	**% (IC 95%)**	**n***	**% (IC 95%)**		
Sexo	511		314			0,668
Masculino		49,3 (44,5 – 54,1)		51,0 (44,3 – 57,7)	+ 1,7	
Feminino		50,7 (45,9 – 55,5)		49,0 (42,3 – 55,7)	- 1,7	
Idade (anos)	511		314			0,178
12 a 14,9		44,9 (39,3 – 50,6)		50,3 (42,7 – 57,9)	+ 5,4	
15 a 18,9		55,1 (49,4 – 60,7)		49,7 (42,1 – 57,3)	- 5,4	
Cor da pele	510		308			0,572
Preto/Pardo		81,2 (76,7 – 85,0)		78,9 (70,9 – 85,1)	- 2,3	
Branco		18,8 (15,0 – 23,3)		21,1 (14,9 – 29,1)	+ 2,3	
Renda per capita**	503		304			0,470
Até ½ salário mínimo		47,7 (41,2 – 54,3)		50,5 (40,7 – 60,2)	+ 2,8	
½ - 1 salário mínimo		42,3 (36,8 – 47,9)		36,5 (28,5 – 45,3)	- 5,8	
> 1 salário mínimo		10,1 (7,1 – 14,1)		13,1 (7,4 – 22,1)	+ 3,0	
Classificação do IMC	511		301			**0,033**
Baixo peso		4,5[#] (2,7 – 7,2)		0,9 (0,3 – 2,8)	- 3,6	
Peso adequado		72,2 (66,9 – 76,9)		68,2 (60,5 – 74,9)	- 4,0	
Sobrepeso		16,3 (12,7 – 20,6)		22,8[#] (17,3 – 29,5)	+ 6,5	
Obesidade		7,1 (4,8 – 10,5)		8,1 (5,1 – 12,8)	+ 1,0	
CRTA						
Compulsão alimentar	506	20,0 (15,0 – 26,1)	312	38,4 (30,3 – 47,1)	+ 18,4	**< 0,001**
Dieta restritiva ou jejum	504	18,9 (14,2 – 24,6)	312	17,4 (12,3 – 23,9)	- 1,5	0,701
Mecanismos compensatórios	506	3,3 (1,8 – 6,0)	311	4,9 (2,6 – 9,1)	+ 1,6	0,380
Ao menos um CRTA	511	32,8 (25,8 – 40,5)	314	46,5 (38,3 – 54,8)	+ 13,7	**0,018**
Dieta para emagrecer	507	16,3 (12,7 – 20,7)	306	16,4 (10,7 – 24,2)	+ 0,1	0,990

* Os valores diferem devido a perdas em cada variável. ** Valor do salário mínimo: 2005 = R$ 300,00; 2010 = R$ 510,00.
[1] Teste qui-quadrado. [#] Teste de partição do qui-quarado < 0,05.

Tabela 2. Prevalência de episódios de compulsão alimentar e dieta restritiva ou jejum segundo as variáveis sociodemográficas e classificação de peso pelo IMC nos adolescentes. Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ, 2005 e 2010.

	Compulsão alimentar						Var. (%)	**Dieta restritiva ou jejum**						Var. (%)
	2005			**2010**				**2005**			**2010**			
	n*	% (IC95%)	*p*	n*	% (IC95%)	*p*		n*	% (IC95%)	*p*	n*	% (IC95%)	*p*	
Sexo			0,432			0,757				**0,025**			**< 0,001**	
Masculino	249	21,8 (14,3 – 31,8)		158	39,7 (28,4 – 52,2)		+ 17,9#	246	13,7 (9,0 – 20,4)		158	6,5 (2,7 – 14,9)		- 7,2
Feminino	258	18,1 (13,2 – 24,4)		153	37,0 (26,0 – 49,6)		+ 18,9#	258	23,7 (16,8 – 32,4)		153	28,6 (20,6 – 38,2)		+ 4,9
Idade (anos)			0,653			0,280				0,522			0,825	
12 a 14,9	228	21,0 (14,2 – 30,0)		158	34,3 (25,0 – 45,0)		+ 13,3#	228	17,5 (11,8 – 25,2)		158	16,7 (9,2 – 28,3)		- 0,8
15 a 18,9	279	19,1 (13,7 – 26,0)		153	42,5 (30,6 – 55,5)		+ 23,4#	276	20,0 (14,5 – 26,9)		153	18,1 (11,6 – 27,1)		- 1,9
Cor/Raça			**0,020**			0,564				**0,031**			0,094	
Preto/Pardo	414	21,8 (16,3 – 28,5)		241	40,2 (31,4 – 49,7)		+ 18,4#	408	20,6 (15,4 – 27,0)		241	19,7 (13,0 – 28,6)		- 0,9
Branco	91	11,6 (6,5 – 19,8)		65	34,7 (20,1 – 52,8)		+ 23,1#	95	11,6 (6,6 – 19,7)		65	9,2 (4,2 – 18,8)		- 2,4
Renda p cap**			0,805			0,842				0,340			0,601	
Até ½ SM	240	19,6 (13,9 – 26,9)		151	36,5 (24,9 – 50,0)		+ 16,9#	238	21,1 (15,3 – 28,4)		151	18,2 (11,6 – 27,3)		- 2,9
> ½ SM	258	20,7 (14,1 – 29,4)		151	38,1 (28,4 – 49,0)		+ 17,4#	258	16,8 (10,9 – 25,1)		151	15,6 (9,5 – 24,5)		- 1,2
Class. IMC			**0,026**			0,298				**0,014**			**0,027**	
S/ sobrepeso	388	17,2 (12,3 – 23,6)		206	36,4 (27,2 – 46,7)		+ 19,8#	385	15,4 (10,8 – 21,5)		206	13,4 (8,5 – 20,3)		- 2,4
C/ sobrepeso	119	28,8 (19,3 – 40,7)		93	45,7 (31,2 – 60,9)		+ 16,5	119	30,1 (19,5 – 43,4)		93	28,6 (16,5 – 44,9)		- 1,9

* Os números diferem devido a perdas em cada variável. ** Valor do salário mínimo: 2005 = R$ 300,00; 2010 = R$ 510,00. # Regressão logística $p < 0,05$.

Tabela 3. Prevalência de uso de mecanismos compensatórios e dieta para emagrecer segundo as variáveis sociodemográficas e classificação de peso pelo IMC nos adolescentes. Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ, 2005 e 2010.

	Mecanismos compensatórios						Var. (%)	**Dieta para emagrecer**						Var. (%)
	2005			2010				2005			2010			
	n	% (IC95%)	*p*	n	% (IC95%)	*p*		n	% (IC95%)	*p*	n	% (IC95%)	*p*	
Sexo			0,101			0,484				**0,021**			**< 0,01**	
Masculino	246	2,0 (0,7 – 5,1)		158	3,8 (1,3 – 10,5)		+ 1,8	248	11,2 (7,1 – 17,2)		157	9,9 (5,2 – 18,3)		- 1,3
Feminino	259	4,6 (2,3 – 8,7)		153	6,0 (2,7 – 12,6)		+ 1,4	259	21,2 (15,4 – 28,4)		149	23,1 (15,0 – 33,8)		1,9
Idade (anos)			0,679			0,222				0,082			0,571	
12 a 14,9	228	2,9 (1,1 – 7,4)		157	3,2 (1,4 – 7,3)		+ 0,3	225	12,5 (8,0 – 18,9)		156	17,8 (10,5 – 28,5)		+ 5,3
15 a 18,9	277	3,6 (1,9 – 6,8)		154	6,6 (2,8 – 14,8)		+ 3,0	282	19,4 (14,5 – 25,4)		150	14,9 (8,5 – 24,8)		- 4,5
Cor/Raça			0,433			0,080				0,188			0,277	
Preto/Pardo	410	3,6 (2,0 – 6,4)		240	3,4 (1,4 – 7,8)		- 0,2	410	17,6 (13,3 – 22,9)		241	15,4 (9,5 – 24,1)		- 2,2
Branco	95	2,1 (0,5 – 8,7)		65	10,8 (3,8 – 27,3)		+ 8,7	96	11,0 (5,8 – 20,1)		65	19,8 (12,9 – 29,2)		+ 8,8
Renda p cap**			0,569			0,941				0,306			0,452	
Até ½ SM	239	3,9 (1,9 – 7,9)		150	5,2 (2,1 – 12,1)		+ 1,3	239	14,1 (10,0 – 19,7)		149	13,6 (8,0 – 22,2)		- 0,5
> ½ SM	259	2,9 (1,2 – 6,7)		151	4,9 (1,9 – 12,1)		+ 2,0	260	18,3 (12,7 – 25,7)		147	18,2 (9,6 – 31,8)		- 0,1
Class. IMC			**0,029**			0,445				**< 0,001**			**< 0,01**	
S/ sobrepeso	386	2,5 (1,1 – 5,3)		206	5,8 (2,8 – 11,9)		+ 4,0	387	10,3 (7,1 -14,8)		206	10,7 (6,0 – 18,4)		- 0,3
C/ sobrepeso	120	5,9 (2,6 – 13,1)		92	3,5 (1,1 – 10,6)		- 2,5	120	35,7 (25,0 – 48,1)		91	28,6 (17,2 – 43,6)		- 7,5

* Os números diferem devido a perdas em cada variável. ** Valor do salário mínimo: 2005 = R$ 300,00; 2010 = R$ 510,00.

Tabela 4. Razão de chances (*Odds Ratio*) bruta e ajustada para associação entre CRTA e das variáveis demográficas, socioeconômicas e classificação de peso pelo IMC segundo os comportamentos de risco para transtornos alimentares nos adolescentes. Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ, 2005 e 2010.

Variáveis	2005		Variáveis	2010	
	OR (IC95%)			OR (IC95%)	
	Bruto	Ajustado		Bruto	Ajustado
Dieta restritiva			**Dieta restritiva**		
Sexo			**Sexo**		
Masculino	1,00	1,00	Masculino	1,00	1,00
Feminino	1,95 (1,08 – 3,53)	1,95 (1,07 – 3,53)	Feminino	5,75 (2,17 – 15,20)	7,02 (2,81 – 17,54)
Cor			**Classificação IMC**		
Branco	1,00	1,00	Sem sobrepeso	1,00	1,00
Preto/pardo	1,97 (1,06 – 3,69)	1,87 (1,02 – 3,43)	Com sobrepeso	2,60 (1,09 – 6,17)	3,65 (1,45 – 9,22)
Classificação IMC					
Sem sobrepeso	1,00	1,00			
Com sobrepeso	2,37 (1,19 – 4,74)	2,29 (1,14 – 4,64)			
Dieta para emagrecer			**Dieta para emagrecer**		
Sexo			**Sexo**		
Masculino	1,00	1,00	Masculino	1,00	1,00
Feminino	2,12 (1,11 – 4,04)	2,28 (1,13 – 4,59)	Feminino	2,71 (1,36 – 5,43)	3,78 (1,72 – 8,29)
Idade (anos)			**Classificação IMC**		
12 a 14,9	1,00	1,00	Sem sobrepeso	1,00	1,00
15 a 18,9	1,69 (0,93 – 3,08)	1,95 (0,98 – 3,84)	Com sobrepeso	3,35 (1,53 – 7,30)	4,04 (1,86 – 8,79)
Classificação IMC					
Sem sobrepeso	1,00	1,00			
Com sobrepeso	4,81 (2,51 – 9,23)	5,14 (2,65 – 9,97)			
Compulsão alimentar					
Cor					
Branco	1,00	1,00			
Preto/pardo	2,14 (1,12 – 4,08)	1,91 (1,04 – 3,52)			
Classificação IMC					
Sem sobrepeso	1,00	1,00			
Com sobrepeso	1,94 (1,08 – 3,49)	2,02 (1,13 – 3,61)			

7. DISCUSSÃO

Comparando as duas pesquisas nota-se que não existiu diferença significativa entre a proporção de meninos e meninas, adolescentes com menos e mais de 15 anos, brancos e não brancos e entre as faixas de renda per capita, indicando que não houve, entre os anos de estudo, grandes mudanças referentes as características demográficas e econômicas na população estudada.

A presença de episódios de compulsão alimentar aumentou cerca de 18 pontos percentuais, entre o estudo de 2005 e de 2010, enquanto que o uso de mecanismos compensatórios e a pratica de dieta restritiva tiveram pouca variação entre os anos de pesquisa. A prática de ao menos um CRTA apresentou aumento de aproximadamente 14 pontos percentuais. No mesmo período de tempo, a proporção de adolescentes com baixo peso e peso adequado diminuiu enquanto a proporção com sobrepeso e obesidade aumentou. Estes achados indicam que o aumento do excesso de peso pode estar relacionado ao aumento de práticas alimentares inadequadas, principalmente aos episódios de compulsão alimentar.

Este trabalho é pioneiro realizado no Brasil com o objetivo de comparar mudanças temporais na prevalência de comportamentos de risco para TA em adolescentes o que dificulta a comparação com outros estudos nacionais. No entanto, Hay *et al*. (2008), em um estudo populacional na Austrália, com indivíduos com mais de 15 anos de idade, verificaram que em um período de 1995 a 2005, a compulsão alimentar aumentou 7,4 pontos percentuais para faixa etária de 15 a 24 anos, enquanto a prevalência de pratica de dieta restritiva e o uso de mecanismos compensatórios apresentaram declínio. Assim como no presente estudo, o CRTA que mais aumentou na população australiana foi a compulsão alimentar. Com apenas 5 anos de diferença entre os estudos, a compulsão alimentar aumentou cerca de 2,5 vezes mais para população de adolescentes residentes em Duque de Caxias quando comparada aos resultados encontrados por HAY *et al.*, em um período de 10 anos. Todavia, o estudo com os australianos também incluiu jovens adultos, nos quais os CRTA são menos frequentes do que entre adolescentes, o que pode, talvez, explicar a diferença de prevalência entre os dois estudos. Os adolescentes, por serem mais vulneráveis a pressão da sociedade moderna para

terem um corpo magro e idealizado, são considerados grupo de maior risco aos TA do que os adultos (DERENNE e BERESIN, 2006).

Quanto ao excesso de peso, o aumento verificado neste estudo vai de encontro dos achados nacionais (IBGE, 2010), que revelam que o excesso de peso aumentou continuamente entre os adolescentes nas ultimas três décadas. Desta forma, o aumento da prevalência dos comportamentos de risco para transtornos alimentares e do excesso de peso na população de adolescentes de Duque de Caxias fortalece a nossa hipótese que tais eventos estariam interligados.

Os episódios de compulsão alimentar não se associaram ao sexo nos dois anos de pesquisa, e o aumento da prevalência se deu de forma significativa e semelhante tanto em meninos quanto em meninas. Em contrapartida, Ferreira e Veiga (2008), observaram que a presença de episódios de compulsão alimentar foi mais frequente no sexo feminino, embora não tenha sido desprezível nos meninos, indicando que eles também estavam em risco para evoluir o quadro completo dos transtornos alimentares.

Em relação à faixa etária notou-se que, os adolescentes com mais idade tiveram aumento da presença de episódios de compulsão alimentar quase duas vezes maior se comparados aos mais novos, embora sem significância estatística, Ferreira e Veiga (2008) também verificaram associação dos episódios de compulsão alimentar com idade maior que 15 anos. Em 2005 a prevalência de compulsão alimentar foi cerca de duas vezes maior entre os adolescentes pretos e pardos do que entre os brancos, entretanto em 2010 este comportamento não se associou a cor. Isto pode ser explicado pelo aumento expressivo dos episódios de compulsão alimentar entre os adolescentes de cor branca, chegando a triplicar (de 11,6% em 2005 para 34,7% em 2010) enquanto que entre aqueles de cor preta/parda o aumento foi cerca de duas vezes (21,8% para 40,2%) fazendo com que as diferenças entre os dois grupos já não fossem tão marcantes em 2010.

Nenhum dos CRTA avaliados se associou a faixa de renda per capita, indicando que estes comportamentos estão distribuídos de maneira homogênea entre estratos econômicos diferentes. É importante, no entanto, esclarecer que a renda da população dos adolescentes estudados é predominantemente baixa, ou seja, os indivíduos são muito homogêneos em relação a variável renda, e isso pode impedir que as diferenças relativas ao nível socioeconômico sejam observadas. No entanto, outro estudo realizado no Brasil também não encontrou associação entre

CRTA e situação socioeconômica dos adolescentes (Dunker *et al.,* 2009), assim como em outros países (BAUER e KIRCHENGAST, 2006; BERGSTRÖM e ELFHAG, 2007; PRETI *et al.*, 2007; SOH *et al.*, 2007). Segundo Dunker *et al.* (2009), a associação com classes econômicas mais privilegiadas refletiria um viés dos primeiros estudos epidemiológicos baseados em registros hospitalares, cuja população atendida pertencia, de fato, a essas classes. Favoro *et al*. (2003) também sugerem que o nível de urbanização de uma região pode influenciar no desenvolvimento dos transtornos alimentares sem, necessariamente, haver associação com o nível socioeconômico da população.

Em 2005, os episódios de compulsão alimentar se associaram ao estado nutricional, os adolescentes com sobrepeso tiveram 2 vezes mais chances de apresentar esses episódios se comparados aos sem sobrepeso. Uma das hipóteses para explicar esta associação, é que a sintomatologia dos comportamentos de compulsão alimentar e da obesidade, apesar de serem diferentes, também apresentam semelhanças, pois, normalmente, estão acompanhadas de ingestão compulsiva de alimentos, ingestão de grande quantidade de alimento em pequeno espaço de tempo, falta de controle alimentar e sentimento de culpa (PINHEIRO *et al.*, 2006). Já em 2010 essas variáveis não se associaram, o que pode ser explicado pelo maior e significativo aumento de episódios de compulsão alimentar nos adolescentes sem sobrepeso (2 vezes) do que entre aqueles com sobrepeso (1,5 vezes) tornado as diferenças menores entre os dois grupos em 2010.

Corroborando com os resultados de 2005, Pivetta & Silva (2010), em um estudo com adolescentes de Cuiabá (MT), encontraram associação entre o estado nutricional e os episódios de compulsão alimentar, ou seja, na medida em que o peso do adolescente aumentava maior era a probabilidade de apresentar a compulsão. Ressalta-se ainda que a compulsão alimentar teve aumento significativo para todos os estratos estudados, entretanto, nos adolescentes com sobrepeso este aumento não foi significativo o que pode e ser devido a elevada prevalência já encontrada em 2005 (28,8%).

A pratica de dieta restritiva se manteve relativamente constante com tendência até de declínio no período entre os dois estudos, com exceção das meninas que tiveram um aumento de 4,9 pontos percentuais na prevalência deste comportamento. Além deste aumento, as meninas apresentaram aproximadamente 2 vezes mais chances de praticarem dietas restritivas em 2005, e 7 vezes mais

chances em 2010, se comparadas aos meninos. A pratica de dieta para emagrecer se comportou de maneira semelhante, sendo mais prevalente nas meninas nos dois anos de pesquisa. Diversos estudos internacionais também observaram associação entre os CRTA e o sexo feminino (EMANS, 2000; CONTI *et al*., 2005; ATA *et al*., 2007; KEEL *et al*., 2007; NUÑO-GUTIÉRREZ *et al*., 2009). Granillo *et al*. (2005), em um estudo com adolescentes latinas, encontraram prevalência de 53,3% para pratica de dieta extremamente restritiva. Em 2010, Bilali *et al*., também observaram que as meninas tinham mais atitudes alimentares inadequadas do que os meninos. Estes achados sugerem que as meninas têm uma maior preocupação com a imagem corporal e acabam cedendo ao padrão de beleza imposto pela mídia, e para alcançarem o corpo desejado acabam utilizando práticas alimentares inadequadas.

Os adolescentes com sobrepeso apresentaram cerca de 2 vezes mais chances de praticarem dieta restritiva em 2005, e aproximadamente 4 vezes mais chances em 2010, se comparados aos adolescentes sem sobrepeso. Ferreira e Veiga (2008), em um estudo com adolescentes de Niterói – RJ, verificaram que adolescentes com sobrepeso apresentaram risco 91% maior de fazer dieta restritiva quando comparados aos eutróficos. Silva *et al.* (2012), estudando universitárias do curso de nutrição de uma universidade de Minas Gerais, encontraram que aquelas com sobrepeso e obesidade apresentaram cerca de 5 a 7 vezes mais chances de desenvolver transtornos alimentares, avaliadas pelo EAT-26, se comparadas as estudantes com peso adequado, corroborando a ideia de que indivíduos com sobrepeso são mais vulneráveis aos CRTA.

Quanto ao uso de mecanismos compensatórios não se verificou aumento significativo nos dois anos de estudo. Todavia, entre todos os estratos estudados o que mais apresentou mudança ao longo do tempo neste comportamento foi aquele composto pelos adolescentes sem sobrepeso (aumento de 4,0 pontos percentuais), assim como foi também neste estrato que se observou grande aumento na compulsão alimentar. É provável que os dois comportamentos estejam associados e que adolescentes eutróficos estejam utilizando mais os métodos compensatórios para os episódios de compulsão alimentar para se manterem dentro do peso adequado.

O uso de mecanismos compensatórios não se associou ao sexo e faixa etária mas sim ao estado nutricional em 2005, de modo que a prevalência entre os adolescentes com sobrepeso foi o dobro da observada entre os adolescentes sem

sobrepeso (5,9% *vs* 2,5%, p=0,029). Ferreira e Veiga (2008), também encontraram associação entre o excesso de peso e o uso de diuréticos nos adolescentes de Niterói, RJ. Entretanto, em 2010, essa situação se inverteu e os adolescentes sem sobrepeso passaram a apresentar prevalência maior do uso dos mecanismos compensatórios do que os adolescentes com sobrepeso (5,8% *vs* 3,5%), todavia a diferença não foi significativa.

A prática de dieta para emagrecer também foi investigada no estudo, pois pode desencadear outros comportamentos de risco para transtornos alimentares e os próprios transtornos. Não foi verificada mudança nesta prática durante o tempo do estudo, porém tanto em 2005, como em 2010, os adolescentes com sobrepeso apresentaram maior prevalência deste comportamento. Bernardi *et al*. (2005) afirmam que indivíduos acima do peso passam por sofrimentos psicológicos, pois são depreciados devido a sua imagem física e por isso tem preocupação excessiva com o peso, fazendo dietas mais frequentemente. Entretanto, o presente estudo não avaliou variáveis referentes ao sofrimento psicológico, impossibilitando a analise da correlação entre esses fatores.

Um dos objetivos do presente estudo foi investigar se o aumento dos CRTA era concomitante ao aumento do sobrepeso nos adolescentes. Entre os anos de estudo, houve aumento de 7,5 pontos percentuais na prevalência de sobrepeso e 18,4 pontos percentuais na presença de episódios de compulsão alimentar. Mesmo nas categorias em que o excesso de peso não aumentou significativamente (ANEXO R) a compulsão alimentar apresentou aumento importante, entretanto a prevalência de pratica de dieta restritiva e dieta para emagrecer diminuiu na maioria dos estratos estudados. Este resultado é intrigante, pois se esperava que com o aumento de sobrepeso e compulsão alimentar os mecanismos para se manter dentro do peso adequado também tivessem aumentando. Vale ressaltar que para os adolescentes brancos, concomitantemente com o aumento da compulsão alimentar, houve também aumento de uso de mecanismos compensatórios e dieta para emagrecer, o que pode indicar que estes, talvez, tenham mais acesso a informações sobre métodos, tanto adequados quanto inadequados, para manter o peso corporal. Para os adolescentes mais novos notou-se também um aumento no excesso de peso e na prática de dieta para emagrecer, sugerindo que, cada vez mais cedo os adolescentes se preocupam com o peso.

Este estudo não teve a pretensão de diagnosticar os transtornos alimentares, mas sim rastrear e verificar em amostras diferentes de uma mesma população, dentro de um período de 5 anos, as mudanças nos comportamentos de risco para o desenvolvimento destes transtornos em adolescentes predominantemente de classe social mais baixa. Por ser uma pesquisa realizada a partir de dois estudos transversais, apresenta a limitação de não permitir determinar a causalidade das associações entre os comportamentos de risco para TA e as variáveis estudadas. Futuros estudos longitudinais poderão esclarecer melhor estas associações.

O estudo também apresenta a limitação das perguntas utilizadas no questionário para abordar os CRTA. Por serem muito simplificadas e não abrangerem toda sintomatologia dos transtornos alimentares, poderiam não rastrear fidedignamente tais comportamentos de risco. No entanto, apesar de ser um questionário bem simples, se comparado aos questionários mais utilizados para rastrear TA, como por exemplo, o EAT-26 *(Eating Attitudes Test) e* o BITE *(Bulimic Investigatory Test Edinburgh)*, as perguntas utilizadas abrangem importantes questões acerca dos principais comportamentos indicadores da presença CRTA e a reprodutibilidade das mesmas foi considerada moderada à excelente em um estudo anterior com adolescentes (FERREIRA & VEIGA, 2008b). Assim, este questionário simplificado pode ser considerado útil para o rastreamento dos CRTA em estudos populacionais.

Conclui-se que o aumento da prevalência de episódios de compulsão alimentar foi expressivo para todos os estratos estudados, e as meninas e os adolescentes com sobrepeso foram mais vulneráveis a pratica de dieta restritiva e dietas para emagrecer. Todavia, independente dos fatores demográficos e socioeconômicos, este estudo evidencia que os adolescentes, de um modo geral, merecem atenção especial dos profissionais de saúde, a fim de evitar a evolução destes CRTA para as formas completas de transtornos alimentares e os sérios riscos a saúde que estes transtornos podem acarretar.

8. CONCLUSÃO

Aproximadamente um terço dos adolescentes estudados em 2005 e metade em 2010, apresentaram algum comportamento de risco para transtornos alimentares. A presença de episódios de compulsão alimentar aumentou de modo significativo entre os anos de pesquisa, nos adolescentes estudados para todos os estratos, mas no ano de 2005 esteve associada ao excesso de peso e a cor preta/parda enquanto em 2010 não se associou a nenhuma das variáveis. As meninas e os adolescentes com sobrepeso apresentaram maiores chances de fazer prática de dieta restritiva e dieta para emagrecer nos dois anos de pesquisa.

Os resultados do presente estudo apontam para a importância de alertar aos gestores de políticas de promoção a saúde, bem como profissionais da área de saúde, pais e demais seguimentos que lidam com o indivíduo na fase da adolescência tais como professores em ambiente escolar, quanto aos riscos à saúde advindos dos comportamentos alimentares inadequados que podem evoluir para transtornos alimentares, procurando assim subsidiar ações conjuntas visando prevenir e controlar tais distúrbios.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[AAP] AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - (US). Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics*, v. 111, p. 1-13, 2003.

ABBOTT, D.W.; ZWAAN, M.; MUSSELL, M.; RAYMOND, N.C.; SEIM, H.C.; CROW, S. et al. Onset of BE and dieting in overweight women: Implications for etiology, associated features, and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 44, n. 3/4, p. 367-374, 1998.

ABREU, C.N.; CANGELLI, FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Psicologia: Teoria e Prática*, v.7, n.1, p.153-165, 2005.

[ADA] AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Practice Paper of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *Jornal of the American Dietetic Association*, v.111, p.1236-1241, 2011.

ADAMI, G.F.; GANDOLFO, P.; BAUER, B.; SCOPINARO, N. Binge eating in massively obese patient sunder going bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, v. 17, n. 1, p. 45-50, 1995.

ADES, L.; KERBAUY, R.R. Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.

ALVARENGA, M.S.; SCAGLIUSI, F.B.; PHILIPPI, S.T. Eating attitudes of female Brazilian university students with eatind disorder risk behavior. *Journal of Behavioral Health Social Issues*, v. 2, p. 47-54, 2010.

ALVES, E.; VASCONCELOS, F.A.G.; CALVO, M.C.M.; NEVES, J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.24, n.3, p.503-512, 2008.

[APA] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV), Washington, DC: *American Psychiatric Association*, 1994.

[APA] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): *American Psychiatric Press*, 2000.

[APA] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (Revision). *American Journal of Psychiatry,* v. 157, p. 1- 9, 2002.

[APA] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Treatment of patients with eating disorders third edition. *American Journal of Psychiatry*, v.163, n.7, p.4-54, 2006.

[APA] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRACTICE GUIDELINES. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, v. 157, Suppl. 1, 2000.

[APA] American Psychiatric Association. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

APPOLINÁRIO, J.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, p. 75-76, 2004.

APPOLINÁRIO, J.C. Transtorno de comer compulsivo. In: NUNES, M.A.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIN, A.L.G.; COUTINHO, W. organizadores. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Editora Artmed; 1998. p. 40-46.

APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* v. 22 (Supl II), p. 28-31, 2000.

APPOLINÁRIO, J.C.; COUTINHO, W.; POVOA, L.C.O. Transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44, n. 1, p. 46-49, 1995.

ATA, R.N.; LUDDEN, A.B.; LALLY, M.M. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, v.36, p.1024–1037, 2007.

ATTIA, E.; ROBERTO, C.A. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, v. 42, n. 7, p. 581-589, 2009.

AZEVEDO, A.M.C.; ABUCHAIM, A.L.G. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.A.; COUTINHO, W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 31-9, 1998.

BAUER, M.; KIRCHENGAST, S. Body composition, weight status, body image and weight control practices among female adolescents from eastern Austria. *Antropol Anz*., v. 64, p. 321, 2006.

BEATO-FERNÁNDEZ, L.; RODRÍGUEZ-CANO, T.; BELMONTE-LLARIO, A.; MARTÍNEZ-DELGADO, C. Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v.13, p.287–294, 2004.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M.R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição,* v. 18, p. 85-93, 2005.

BERGSTRÖM, H.; ELFHAG, K. Socioeconomic differences in obese patients with and without eating disorders. *Eat Weight Disord*., v. 12, p. 98-103, 2007.

BIGHETTI, F. *et al.* Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. J. Bras. Psiquiatr., v. 53, n. 6, p. 339-346, 2004.

BILALI, A.; GALANIS, P.; VELONAKIS, E.; KATOSTARAS, T. Factors Associated with Abnormal Eating Attitudes among Greek Adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, v.42, p.292-298, 2010.

BISSABA, H.; TASCA, G.; BARBER, A.; BRADWE, J.N.J. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, v. 165, p. 1281-1288, 2008.

BITTENCOURT, L.J.; NUNES, M.O.; OLIVEIRA, J.J.F.; CARON, J. Risco para transtornos alimentares em escolares de Salvador, Bahia, e a dimensão raça/cor. *Revista de Nutrição*, v. 26, n.5, 2013.

BORGES, M.B.F.; JORGE, M.R. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. *Psiquiatria na Prática Médica*, v. 33, n. 4, p. 113-118, 2000.

BRAMON-BOSCH, E.; TROOP, N.A.; TREASURE, J.L. Eating disorders in males: a comparison with female patients. *Eur Eat Disorders Rev*, v. 8, n. 4, p. 321-328, 2000.

BRANCO, L.M.; HILÁRIO, M.O.E.; CINTRA, I.P. Perception and satisfaction with body image in adolescents and correlations with nutrition status. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BRASIL. Decreto 5.209 de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 17 set.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Relatório da Oficina Técnica para Análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar. Nota técnica Nº 128/2010. Brasília; 2010a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC). Informações Cadastro Único. 2010b. Disponível em: http://www.mds.gov.br/adesao/mib/matrizview.asp?IBGE=3301702>. Acesso em 14 de Abril de 2014.

BROACHIE, A.; GOLDFIELD, G.; SPETTIGUE, W. Olanzapine use as an adjuctive treatment for hospitalized children with anorexia nervosa: case reports. *International Journal of Eating Disorders*, v. 33, p. 98-103, 2003.

CAMPAGNA, V.N.; SOUZA, A.S.L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v. 56, n. 124, p. 9-35, 2006.

CARLAT, D.J.; CAMARGO JUNIOR, C.A. Review of bulimia nervosa in males. *American Journal Psychiatry*, v.148, p.831–843, 1991.

CHEN, W.; SWALM, R.L. Chinese and American college students body image: perceived body shape and body affect. *Perceptual and Motor Skills*, v. 87, p. 395-403, 1998.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, n.3, p.3-6, 2002.

CONTI, M.A.; FRUTUOSO, M.F.P.; GAMBARDELLA, A.M.D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição* (Campinas), v.18, n.4, p.491-7, 2005.

COOPER, Z. The development and maintenance of eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. *New York: The Guilford Press*, p. 199-206, 1995.

COOPER, Z.; STEWART, A. CBT-E and the younger patient. In: FAIBURN, C., editor. Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders. *New York: Guilford*; p 221-230, 2008.

CORDÁS, T.A. Transtornos Alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clinica*, v. 31, n. 4, p. 154-7, 2004.

CORDÁS, T.A.; HOCHGRAF, P.B. O Bite. Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.42, n.3, p.141-4, 1993.

CORDÁS, T.A.; NEVES, J.E.P. Escalas de Avaliação em transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.26, n.1, p.41-7, 1999.

COSTA, C.; RAMOS, E.; SEVERO, M.; BARROS, H.; LOPES, C. Determinants of eating disorders symptomatology in Portuguese adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*., v. 162, p. 1126-1132, 2008.

COUTINHO, W. Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer [*Tese de Doutorado*]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

CUMELLA, E.J.; KALLY, Z. Profile of 50 women with midlife-onset eating disorders. *Eat Disord*., v. 16, n. 3, p. 193-203, 2008.

CURRIN, L.; SCHMIDT, U.; TREASURE, J.; JICK, H. Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, v.186, p.132–135, 2005.

DALLE, G.R.; CALUGI, S. Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*., v. 15, n. 5, p. 340-349, 2007.

DARBY, A.; HAY, P.; MOND, J.; QUIRK, F.; BUTTNER, P. *et al*. The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005. *International Journal of Eating Disorders*, v. 42, p. 104–108, 2009.

DERENNE, J.L.; BERESIN, E.V. Body image, media, and eating disorders. *Acad Psychiatry*, v. 30, n. 3, p. 257-261, 2006.

DUNKER, K.L.L; FERNANDES, C.P.B; CARREIRA FILHO, D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal brasileiro de psiquiatria,* v.58, n.3, p. 156-161, 2009.

DUNKER, K.L.; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, v. 16, p. 51-60, 2003.

EDDY, K.T.; CELIO, D.A.; HOSTE.R.R.; HERZOG, D.B.; L.E. GRANGE D. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, v. 47, n. 2, p. 156-164, 2008.

EISLER I.The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, v. 27, p. 104-131, 2005.

EMANS, S.J. Eating disorders in adolescent girls. *Pediatrics International*, v.42, p.1–7, 2000.

FAIRBURN C.G.; BOHN K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther*., v. 43, n. 6, p. 691-701, 2005.

FAIRBURN, C.G.; COOPER, Z.; SHAFORN,R. Enhanced cognitive behavioral therapy and eating disorders (“CBT-E”): an overview. In FAIRBURN, C.G., editor. Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders. *New York: Guilford*; 2008.

FAVORO, A.; FERRARA, S.; SANTONASTASO, P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med*., v. 65, p. 701- 708, 2003.

FERNANDES, A.E.R. Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2006.

FERREIRA, J.E.; VEIGA, G.V. Eating Disorder Risk Behavior in Brazilian Adolescents from Low Socioeconomic Level. *Appetite*, v. 51, n. 2, 249-255, 2008a.

FERREIRA, J.E.; VEIGA, G.V. Confiabilidade (teste-reteste) de um questionário simplificado para avaliar comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 3, p. 393-401, 2008b.

FERREIRA, J.E.; VEIGA, G.V.; Comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na adolescência: aspectos conceituais. *Adolescência e Saúde*, v. 7, n. 3, 33-37, 2010.

FERREIRA, J.E.S. *et al.*, Disordered eating behaviors in adolescents and adults living in the same household in metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Psychiatry Research*, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.021>. Acesso em: 27 nov. 2013.

FLAHERTY, D.; JANICAK, P.G. Psiquiatria, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FRANÇA, G.V.A. Compulsão alimentar em adultos: Um estudo epidemiológico de base populacional em Pelotas - RS [Dissertação de mestrado]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Pelotas; 2010.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J.C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, p.34-8, 2002.

FREITAS, S.R.; APPOLINARIO, J.C.; SOUZA, A.M.; SICHIERI, R. Prevalence of binge eating and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. *International Journal of Eating Disorders*, v. 5, p. 471-478, Jul 2008.

FREITAS, S.R.; APPOLINARIO, J.C.; SOUZA, M.A.; SICHIERI, R. Prevalence of BE and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. *International Journal of Eating Disorders*, v. 41, n. 5, p. 471-8, 2008.

FRENCH, S.A.; JEFFERY, R.W.; SHERWOOD, N.E,; NEUMARK-SZTAINER, D. Prevalence and correlates of BE in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program. *Int J Obesity*.; v. 23, p. 576-85, 1999.

GALINDO, E.M.C.; CARVALHO, A.M.P. Tradução, adaptação e avaliação da consistência interna do *Eating Behaviours and Body Image Test* para uso com crianças do sexo feminino. *Revista de Nutrição*, v. 20, n. 1, p. 20-21, 2007.

GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, v.9, p.273-279, 1979.

GARNER, D.M.; OLMSTED, M.P.; BOHR, Y.; GARFINKEL, P.A. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlations. *Psychol Med*, London, v. 12, n. 4, p. 871-878, 1982.

GOLDEN, N.; KATZMAN, D.; KREIP, R.; STEVENS, S.; SAWYER, S.; REES, J.; NICHOLLS, D.; ROME,E. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine: Medical indications for hospitalization in an adolescent with an eating disorder. *J Adolesc Health*., v. 33, p. 33–496, 2003.

GORDON, C.C.; CHUMLEA, W.C.; ROCHE, A.F. Stature, Recumbent Length and Weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric Standardization Reference Manual. *Champaign: Human Kinetics Books*, p. 3-8, 1988.

GOWERS, S.; CLARK, A.; ROBERTS, C.; GRUFFITHS, A.; EDWARDS, V.; BRYAN, C.; SMETHHURST, N.; BYFORD, S.; BARRETT, B. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. *Br J Psychiatry*, v. 191, p. 423-435, 2007.

GRANILLO, B.A.; JONES-RODRIGUEZ, M.P.H.; CARVAJAL, S.C. Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: associations with substance use and other correlates. *J Adolesc Health*., v. 36, p. 214-220, 2005.

HAGMAN, J.; GRALLA, J.; DODGE, M.; ELLER, S.; GARDER, R.; WAMBOLDT, M. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. A double-blind placebo controlled study of risperidone for anorexia nervosa. Honolulu, HI: 2009.

HALDANE, J.B.S. On a method of estimating frequencies. *Biometrika*, v. 33, p. 222-225, 1945.

HASLER, G.; PINE, D.S.; GAMMA, A.; MILOS, G.; AJDACIC, V.; EICH, D. *et al*. The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study. *Psyc Med*., v. 34, p. 1047-1057, 2004.

HAY, P.H. The Epidemiology of Eating Disorder Behaviors: An Australian Community – Based Survey. *Journal of Eating Disorders*, v. 23, p. 371-382, 1998.

HAY, P.J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, p. 13-17, 2002.

HAY, P.J.; MOND J.M.; BUTTNER, P.; DARBY, A. Eating Disorder Behaviors Are Increasing: Findings from Two Sequential Community Surveys in South Australia. *PLoS ONE*, v. 3, n. 2, p. 1541, 2008.

HENDERSON, M.; FREEMAN, C.P.L. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *Bristish Journal of Psychiatry*, v.150, p.18-24, 1987.

HERCOVICI, C.; BAY, L. (1997). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas.

HERZOG, D.B.; KELLER, M.D.; SACKS, N.R.; YEH, C.J.; LAVORI, P.W. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 31, n. 5, p. 810-818, 1992.

HOEK, H.W.; BARTELDS, A.I.M.; BOSVELD, J.J.F.; VAN DER GRAAF, Y.; LIMPENS, V.E.L.; MAIWALD, M.; SPAAIJ, C.J.K. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, v.152, p.1272–1278, 1995.

HOEK, H.W.; VAN HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, v. 34, n. 4, p. 383-396, 2003.

HOLLING, H.; SCHLACK, R. Eating disorders in children and adolescents, first results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheits forschung Gesundheitsschutz*, v. 50, p. 794-799, 2007.

[IBGE] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro.

[IBGE] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

[IBGE] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

[IBGE] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

[IBGE] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios – Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

KEEL, P.K.; BAXTER, M.G.; HEATHERTON, T.F.; JOINER, T.E.J.R. A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, v.116, n.2, p.422–432, 2007.

KEEL, P.K.; HEATHERTON, T.F.; DORER, D.J.; JOINER, T.E.; HAEDT, A. How has bulimia nervosa changed over time? Results from a cross-sectional and longitudinal study in college students: 1982, 1992, and 2002. Paper presented at the annual meeting of the Eating Disorders Research Society, Amsterdam, October 7–9, 2004.

KEEL, P.K.; KLUMP, K.L. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, v.129, p.747-769, 2003.

KELLY, A.M.; WALL, M.; EISENBERG, M.E.; STORY, M.; NEUMARK- SZTAINER, D. Adolescent girls with high body satisfaction: Who are they and what can they teach us? *Journal of Adolescent Health*, v. 37, p. 391-396, 2005.

KENDALL, A.; OLSON, C.M.; FRONGILLO, J.R. Validation of the Radimer/Cornell measures of hunger and food insecurity. *J Nutr.,* v. 125, n. 11, p. 2793-2801, 1995.

LE GRANGE, D.; SWANSON, S.A.; CROW, S.J.; MERIKANGAS, K.R. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *Int J Eat Disord,* v. 45, p. 711-718, 2012.

LEWINSOHN, P.; SEELEY, J.; MOERK, K.; STRIEGEL-MOORE, R. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders,* v. 32, p. 426–440, 2002.

LOCK, J. Treatment of adolescent eating disorders: Progress and chassences. *Minerva Psychiatry*, v. 51, n. 3, p. 207-216, 2010.

LOCK, J.; LE GRANGE, D.; AGRAS W.S.; DARE,C. Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A family-based approach. New York: *Guilford Publication*, Inc; 2001.

LUCAS, A.R.; CROWSON, C.S.; O'FALLON, W.M.; MELTON, L.J. The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, v.26, p.397–405, 1999.

MACHADO, P.P., et al. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, v. 40, n.3, p. 2012-217, 2007.

MACHADO, P.P.; MACHADO, B.C.; GONCALVES, S.; HOEK ,H.W. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord,* v. 40, p. 212–217, 2007.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M.; SCHOTTZ, V.; SCALERCIO, G. A implementação do programa Bolsa Família: as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1513-1524, 2007.

MARCUS, M.; KALARCHIAN, M. Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, v. 34, p. 47-57, 2003.

MARSH, R; STEINGLASS, J; GERBER, A, O-LEARY G, WANG Z, MURPHY D, WALSH BT, PETERSON, B. Deficient activity in the neural systems that mediate self-regulatory control in bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, v. 66, p. 51-63, 2009.

MATOS, M.I.R.; ARANHA, L.S.; FARIA, A.N.; FERREIRA S.R.G.; BACALTCHUCK, J;ZANELLA, M.T. Compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 4, p. 165-169, 2002.

MCELROY, S.L.; ARNOLD, L,; SHAPIRA, N,; KECK, P.E.; ROSENTHAL,N.; KARIM, M.; FAZZIO, I.; HUDSON,J.I.Topiramate in the treatment of binge eating associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, v. 160, p. 255-261, 2003.

MELIN, P.; ARAUJO, A.M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24 (suppl.3), p. 73-76, 2002.

MIOTTO, P.; COPPI, M.; FREZZA, M.; PRETI, A. The spectrum of eating disorders: prevalence in area of Northeast Italy. *Psychiatry Res*earch, v.119, p. 145-154, 2003.

MITCHELL, J.; AGRAS, W.S.; WONDERLICH,S. Treatment of bulimia nervosa: Where are we and where are going? *International Journal of Eating Disorders*, v. 40, p. 95-101, 2007.

MOND, J.M.; HAY, P.J. Functional impairment associated with bulimic behaviors in a community sample of men and women. *International Journal of Eating Disorders,* v. 40: p. 391–398, 2007.

MOREIRA, R.O.; BATISTA, A.P.C. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de psiquiatria,* v. 29, n. 1, p. 130-131, 2007.

MORGAN, J.F.; ARCELUS, J. Body image in gay and straight men: a qualitative study. *Eur Eat Disord Rev*, v. 17, n. 6, p. 435-443, Nov 2009.

NASSER, M. Culture and weight consciousness. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 32, p. 573-577, 1998.

NEUMARK-SZTAINER, D.; BAUER, K.W.; FRIEND, S.; HANNAN, P.J.; STORY, M.; BERGE, J.M. Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *J Adolesc Heal*, v. 47, p. 270–276, 2010.

NICHOLLS, D.E.; LYNN, R.; VINER, R.M. Childhood eating disorders: national surveillance study. *BR J Psychiatry*, v. 198, p. 295-301, 2011.

NUNES, M.A.; BAGATINI, L.; ALBANESE, M.T.; KUNZ, A.; NUNES, M.; RAMOS, D.; SOMENZI, L.; SILVA, J.A.; PINHEIRO, A. O teste de atitudes alimentares em adolescentes de Porto Alegre. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, v. 1, n.1, p. 132-137, 1994.

NUNES, M.A.; BARROS, F.C.; ANSELMO, O.M.T.; CAMEY, S.; MARI, J.D. Prevalence of abnormal eating behaviors and inappropriate methods of weight control in Young women from Brazil: a population-based study. *Eat Weight Disord*, v. 8, n. 2, p. 100-106, 2003.

NUÑO-GUTIÉRREZ, B.L.; CELIS-DE LA ROSA, A.; UNIKEL-SANTONCINI, C. Prevalence and associated factors related to disordered eating in student adolescents of Guadalajara across sex. *Rev Invest Clin*., v. 61, n. 4, p. 286-293, Jul-Aug, 2009.

O'Dea, J. Food habits, body image and self-esteem of adolescent girl from disadvantaged and non-disadvantaged backgrounds. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, v. 51, p. 74-78, 1994.

O'DEA, J. A.; CAPUTI, P. Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6- to 19-year-old children and adolescents. *Health Education Research*, v. 16, p. 521-532, 2001.

O'DEA, J.; ABRAHAM, S.; Eating and exercise disorders in young college men. *J Am College Health.*, v. 50, p. 273-278, 2003.

OLIVEIRA, A.M.A.; CERQUEIRA, E.M.M.; SOUZA, J.S.; OLIVEIRA, A.C. Sobrepeso e obesidade infantil: Influência dos fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, v. 47, n. 2, p. 144-150, 2003a.

OLIVEIRA, F.P.; BOSI, M.L.M.; VIGARIO, O.S.; VIEIRA, R.S. Eating behavior and body image in athletes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v.9, p.6, p.348-356, 2003b.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (10ª ed. Revisada), 1993. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm> Acesso em: 13 Set 2013.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global Database on Body Mass Index, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp> Acesso em: 08 Jan 2014.

PEDRINOLA, F. Nutrição e transtornos alimentares na adolescência. *Pediatria moderna*, v. 48, n. 7, Jul 2012. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5090&fase=imprime. Acesso em: 03 de Setembro de 2013.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; KURDIAN, M.L.; SAMPAIO, M.D.F.A.; MARÍN-LEÓN, L.; PANIGASSI, G. An Adapted Version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module Is a Valid Tool for Assessing Household Food Insecurity in Campinas, Brazil. *The Journal of Nutrition*, v. 134, n. 8, p. 1923-1928, 2004.

PETRIBU, K.; RIBEIRO, E.S.; OLIVEIRA, F.M.F.; BRAZ, C.I.A.; GOMES, M.L.M.; ARAUJO, D.E.; ALMEIDA, N.C.N.; ALBUQUERQUE, P.C.; FERREIRA, M.N.L.Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do hospital universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, v. 50, n. 5, p. 901- 908, 2006.

PINHEIRO, A.P.; SULLIVAN, P.F.; BACALTCHUCK, J.; PRADO-LIMA, P.A.S.; BULIK, C.M. Genética em transtornos alimentares: Ampliando os horizontes de pesquisa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, p. 218-225, 2006.

PIVETTA, L.A.; GONÇALVES-SILVA, R.M.V. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 337-346, 2010.

PNUD - Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>. Acesso em 01 de agosto de 2013.

POWER, Y.; POWER, L.; CANADAS, M.B. Low socioeconomic status predicts abnormal eating attitudes in Latin American female adolescents. *Eat Disord*., v. 16, p. 136-145, 2008.

PRATT, J. *et al*. Best Practice Updates for Pediatric/ Adolescent Weight Loss. *Obesity*, v. 17, p. 901-910, 2009.

PRETI, A.; PINNA, C.; NOCCO, S.; PILIA, S.; MULLIRI, E.; MICHELI, V, ET AL. Rural/urban differences in the distribution of eating disorder symptoms among adolescents from community samples. *Aust N Z J Psychiatry*., v. 41, p. 525-535, 2007.

QUILES-MARCOS, Y.; BALAGUER-SOLÁ, I.; PAMIES-AUBALAT, L.; QUILES-SEBASTIÁN, M.J.; MARZO-CAMPOS, J.C.; RODRÍGUEZ-MARÍN, J. Eating habits, physical activity, consumption of substances and eating disorders in adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, v. 14, n. 2, p. 712-723, 2011.

RAEVUORI, A.; HOEK, H.W.; SUSSER, E.; KAPRIO, J.; RISSANEN, A.; KESKI-RAHKONEN, A. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One*, v. 4, n. 2, p. 4402, 2009.

RASTAM, M. Anorexia nervosa in 51 swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *J Am Acad Adolesc* Psychiatry, v. 31, n. 5, p. 819-829, 1992.

REATO, L.F.N.; HARADA, R.M.; HATAKEYAMA, T.T.; KITAURA, A.R.; NAGAOKA, B.M.; PERESTRELO, V.B. Hábitos alimentares, comportamentos de risco e prevenção de transtornos alimentares em adolescentes do Ensino Médio. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 25, p. 22-26, 2007.

RIBEIRO, L.G.; VEIGA, G.V. Risk Behaviors for Eating Disorders in Brazilian Dancers. *Int J Sports Med*., v. 31, n. 4, p. 283-288, 2010.

RINGHAM, R.; KLUMP, K.; KAYE, W.; STONE, D.; LIBMAN, S.; STOWE, S.; MARCUS, M. Eating disorder symptomatology among ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, v. 39, n. 6, p. 503-508, Sep. 2006.

ROBERTSON, D.N.; PALMER, R.L. The Prevalence and Correlates of BE in a British Community Sample of Women with a History of Obesity. *International Journal of Eating Disorders,* v. 22, p. 323–37, 1997.

ROCHA, S.; ALBUQUERQUE, R.C. Pobreza extrema no Rio de Janeiro: Uma espacialização alternativa. *Econômica*, v. 9, n. 1, p. 63-88, 2007.

SALLES-COSTA, R.; PEREIRA, R.A.; VASCONCELLOS, M.T.L.; VEIGA, G.V.; MARINS, V.M.R. *et al*. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Nutrição*, v. 21(supl.), p. 99-109s, 2008.

SAMPEI, M.A.; SIGULEM, D.M.; NOVO, N.F.; JULIANO, Y.; COLUGNATI, F.A.B. Eating attitudes and body image in ethnic Japanese and Caucasian adolescent girls in the city of São Paulo, Brazil. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, v. 85, n. 2, p. 122-128, 2009.

SANTOS, P.C.M.; RIBEIRO, R.P.P.; SANTOS, J.E. Anorexia nervosa e bulimia - como diagnosticar e tratar. *Rev. Medicina*, Ribeirão Preto, v. 47, p. 155 – 169, Dez 1990.

SCHAPMAN, A.; LOCK, J. Cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, v. 39, p. 252-255, 2006.

SILVA, J.D.; SILVA, A.B.J.; OLIVEIRA, A.V.K.; NEMER, A.S.A. Influencia do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 17, n. 12, p. 3399-3406, 2012.

SIM, L.A.; LEBOW, J.; BILLINGS, M. Eating Disorders in Adolescents With a History of Obesity. *Pediatrics*, v. 132, n. 4, 2013.

SIQUEIRA, K.S.; APPOLINARIO, J.C.; SICHIERI, R. Overweight, obesity, and BE in a nonclinical sample of five Brazilian cities. *Obes Res*., v. 12, p. 1921-1924, 2004.

SIQUEIRA, K.S.; APPOLINÁRIO, J.C.; SICHIERI, R. Relationship between binge-eating episodes and self-perception of body weight in a nonclinical sample of five Brazilian cities. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , v. 27, p. 290-294, 2005.

SMITH, D.E.; MARCUS, M.D.; LEWIS, C.E; FITZGIBBON, M.; SCHREINER, P. Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 20, p. 227-32, 1998.

SMITH, D.E.; THOMPSON, J.K.; RACZEMSKY, J. M.; HILNER, J.E. Body image among men and women in a biracial cohort: The CARDIA study. *International Journal of Eating Disorders*, v. 25, p. 71-82, 1999.

SOH, N.L.; TOUYZ, S.; DOBBINS, T.A.; SURGENOR, L.J.; CLARKE, S.; KOHN,M.R. et al. Restraint and eating concern in North European and East Asian women with and without eating disorders in Australia and Singapore. *Aust N Z J Psychiatry*., v. 41, p. 536-545, 2007.

SOUZA, A.A.; SOUZA, J.C.; HIRAI, E.S.; LUCIANO, H.A.; SOUZA, N.N. Estudo sobre a anorexia e bulimia nervosa em universitárias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.27, n.2, p.195-198, 2011.

SPITZER, R.L.; DEVLIN, M.; WALSH, B.T.; HASIN, D.; WING, R.; MARCUS, M, et al. BE Disorder: A Multisite Field Trial of the Diagnostic Criteria. *International Journal of Eating Disorders*, v. 11, n. 3: p. 191-203, 1992.

SPITZER, R.L.; YANOVSKI, S; WADDEN, T.; WING, R.; MARCUS, M.D.; STUNKARD, A.; DEVLIN, M.; MITCHELL, J.; HASIN, D.; HORNE, R.L. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study*. International Journal of Eating Disorders*, v. 13, n. 2, p. 12-13, 1993.

STRIEGEL-MOORE, R.; ROSSELLI, F.; PERRIN, N.; DEBAR, L.; WILSON, G.T, *et al*. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders,* v. 42, p. 471–474, 2009.

STUNKARD, A.J. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q*, v. 33, p.284-295, 1959.

STUNKARD, A.J.; ALLISON, K.C.; Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes Relat Metab Disord*, n. 27, p. 1-12, 2003.

SWANSON, S.A.; CROW, S.J.; LE GRANGE, D.; SWENDSEN, J.; MERIKANGAS, K.R. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the

National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives General Psychiatry*, v.68, n.7, p.714-723, 2011.

TEICHMANN, L.; OLINTO, M.T.A.; COSTA, J.S.D.; ZIEGLER, D. Fatores de risco associados ao sobrepeso e à obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 9, p. 360-373, 2006.

THOMAS, J.J.; VARTANIAN, L.R.; BROWNELL, K.D. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychol Bull*., v. 135, n. 3, p. 407-433, 2009.

VALE, A.M.O; KERR, L.R.S.; BOSI, M.L.M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 121-132, 2011.

VAN SON, G.E., et al. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, v. 39, n. 7, p. 565-569, 2006.

VILELA, J.E.M.; LAMOUNIER, J.A.; DELLARETTI, M.A.; NETO, B.J.R.; HORTA, G.M. Eating disorders in school children. *J Pediatr*., v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

VITOLO, M.R.; BORTOLINI, G.A.; HORTA, R.L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo*. Rev psiquiatr Rio Gd Sul,* v. 28, n. 1, p. 20-26, *2006*.

WAKELING, A. Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, v.62, n.1, p.3-9, 1996.

WALSH, B.T.; KAPLAN, A.S.; ATTIA, E.; OLMSTED, M.; PARIDES, M.; CARTER, J.; PIKE, K.; DEVLIN, M.J.; WOODSIDE, B.; ROBERTO, L.; ROCKERT, W. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized clinical trial. *JAMA*, v. 295, n. 22, p. 2605-2612, 2006.

WANG, Z.; BYRNE, N.M.; KENARDY, J.A.; HILLS, A.P. Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents. *Eating Behaviors*, v. 6, p. 23-33, 2005.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A.; MUNOZ, P.A. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? *Rev Psiquiatr RS*, v. 27, n. 1, p. 51-56, 2005.

WEISELBERG, E.C.; GONZALEZ, M.; FISHER, M. Eating disordes in the twenty-first century. *Minerva Ginecol*., v. 63, n. 6, p. 531-545, 2011.

[WHO] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity .Geneva: Autor, 1998.

[WHO] WORLD HEALTH ORGANIZATION. ONIS, M.; ONYANGO, A.W.; BORGHI, E.; SIYAM, A.; NISHIDA, C.; SIEKMANN, J. Development of a WHO growth

reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization,* v. 85, p. 660-667, 2007.

WILSON, G.T.; SYSKO, R. Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*, v. 42, n. 7, p. 603-610, 2009.

WONDERLICH, S.A, *et al*. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, v. 42, n. 8, p. 687-705, 2009.

WORKGROUP FOR THE CLASSIFICATION OF CHILD AND ADOLESCENT EATING DISORDERS. Classification of Child and Adolescent Eating Disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, v. 40, 2007.

XIMENES, R.C.C.; COLARES, V.; BERTULINO, T.; COUTO, G.B.L.; SOUGEY, E.B. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.63, n.1, p.1-110, 2011.

ZIMMERMAN, M., *et al*. Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice. *J Clin Psychiatr.*, v. 69, n. 3, p. 381-384, 2008.

ANEXOS

ANEXO A: FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE – SANDUC 2005

Folha de identificação do domicílio e de seleção de entrevistados

1. Identificação do domicílio

Setor: |__|__|__|	Domicílio: |__|__|__|__|
Logradouro: _____ Bairro: _____	
Número: _____ Complemento/Dependência: _____	
Selecionado pelo estrato: _____ |__| Criança (6 a 24 meses) |__| Adolescente (de 12 a 18 anos)	
Período do screening: de ____/_____/_____ até ____/_____/_____	

2. Domicílio existente?

1 |__| Sim (vá para 3)	3 |__| Não, domicílio fechado (encerre a entrevista e procure seu supervisor)
2 |__| Não, foi demolido (encerre a entrevista e procure seu supervisor)	4 |__| Não, domicílio vago ou de uso ocasional (encerre a entrevista e procure seu supervisor)

3. Família aceitou a entrevista?

1 |__| Sim (vá para 4)	2 |__| Não (encerre a entrevista e procure seu supervisor)

4. Família residia neste domicílio desde o screening?

1 |__| Sim	2 |__| Não

5. Família mantém (ou família nova tem) as condições do estrato de seleção?

1 |__| Sim (vá para 6)	2 |__| Não (encerre a entrevista e procure seu supervisor)

6. Composição da família e número dos adultos, adolescentes e crianças

Nº. de ordem da pessoa	Nome da pessoa	Número de ordem do adulto (19 anos ou mais)	Número de ordem do adolescente (de 12 a 18 anos)	Número de ordem da criança (de 6 a 24 meses)
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

ANEXO B: QUESTIONÁRIO SANDUC 2005 – MÓDULO ADOLESCENTES

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

11. INFORMAÇÕES SOBRE ADOLESCENTES ENTRE 12 ANOS E 18 ANOS

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente: _____

01. Você está grávida atualmente?

1 ☐ Sim (ENCERRAR O QUESTIONÁRIO) 2 ☐ Não

3 ☐ Não se aplica (MENINO)

02. Com que freqüência você faz lanches fora de casa em locais como BOB's, Mc Donald's e carrocinhas de cachorro quente?

1 ☐ **Diariamente** 4 ☐ **1 a 3 vezes por mês**

2 ☐ **4 a 6 vezes por semana** 5 ☐ **Nunca ou quase nunca**

3 ☐ **1 a 3 vezes por semana**

03. As informações que você recebe sobre alimentação foram obtidas...(PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 ☐ **...Em casa com seus pais ou responsáveis,**

2 ☐ **Na escola com professores,**

3 ☐ **Com amigos,**

4 ☐ **Profissionais de saúde como médicos, nutricionistas e enfermeiros,**

5 ☐ **Através de programas de televisão, jornais e revistas?**

04. Na sua opinião a sua alimentação, em geral, é saudável?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

05. Você já fez regime para perder peso?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PULAR PARA 07)

06. Qual dessas opções mais leva você a fazer regime? (MARCAR APENAS 1 OPÇÃO)

1 ☐ **Ficar mais bonito(a)**

2 ☐ **Poder comprar roupas da moda**

3 ☐ **Ter mais saúde**

4 ☐ **Ser mais aceito entre os amigos**

5 ☐ **Algum acontecimento especial como por exemplo conquistar alguém ou ir a uma festa**

6 ☐ **Outra(s). Qual(is)?** _____

07. Você está tomando algum complexo vitamínico ou mineral?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

1.1 **Qual(is)?**_____

08. Você come frutas todos os dias ou quase todos os dias (PELO MENOS 5 VEZES POR SEMANA), **que não sejam em forma de sucos e refrescos?**

1 ☐ Sim (PULAR PARA 10) 2 ☐ Não

09. Qual é o principal motivo de você não comer fruta todos os dias ou quase todos os dias?

1 ☐ Não gosto muito de frutas. 3 ☐ Eu não tenho o costume.

2 ☐ Minha família não tem o costume de comer. 4 ☐ Frutas são difíceis de preparar e comer.

10. Você come todos os dias ou quase todos os dias (PELO MENOS 5 VEZES POR SEMANA) **verduras e legumes que não sejam batata, inhame, aipim e outras raízes?**

1 ☐ Sim (PULAR PARA 12) 2 ☐ Não

11. Qual é o principal motivo de você não comer verduras e legumes todos os dias ou quase todos os dias?

1 ☐ Não gosto muito de verduras e legumes. 3 ☐ Eu não tenho o costume de comer.

2 ☐ Minha família não tem o costume de comer. 4 ☐ Verduras e legumes são difíceis de preparar e comer

12. Você já comeu uma grande quantidade de comida de uma só vez num espaço de tempo de até 2 horas, e sentiu que perdeu o controle, não podendo evitar começar a comer e, depois de começar, não conseguir mais parar de comer?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PULAR PARA 14)

13. Nos últimos 6 meses, com que freqüência você comeu deste modo?

1 ☐ **Nunca** 3 ☐ **Uma vez por semana**

2 ☐ **Menos de uma vez por semana** 4 ☐ **Duas ou mais vezes por semana**

14. No momento, você estuda?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PULAR PARA 16)

15. Qual foi a última série que você cursou?

SÉRIE ☐ GRAU ☐

1º GRAU DO ENSINO FUNDAMENTAL 2º GRAU: ENSINO MÉDIO 3º GRAU: ENSINO SUPERIOR

16. Você atualmente trabalha ou faz estágio?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PULAR PARA 18)

17. Em geral, quantas horas você trabalha ou faz estágio por semana? |__|__| horas

18. Em geral, quantas horas nos dias de semana você assiste TV ou vídeo ou videogame ou computador? |__|__| horas por dia

19. Em geral, você almoça ou janta assistindo TV?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

20. Em geral, quantas horas você costuma dormir por noite? |__|__| horas

21. Nos últimos 3 meses, você fez semanalmente...

	Atividades de lazer	**1.** Sim	**Quantas vezes por semana?**	**Quantos minutos gasta por vez?**	**2.** Não
1	**Caminhadas?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
2	**Vôlei?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
3	**Musculação?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
4	**Ginástica?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
5	**Hidroginástica?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
6	**Bicicleta?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
7	**Corrida?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
8	**Futebol?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
9	**Lutas?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐

10	**Natação?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
11	**Basquete?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
12	**Outra atividade? Qual?_____**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
	Atividades da vida diária				
13	**Tomou conta de criança menor de 3 anos?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
14	**Passou roupa?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
15	**Lavou roupa no tanque?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
16	**Fez faxina na sua casa?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
17	**Fez limpeza no quintal?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
18	**Foi a pé para o trabalho, colégio, etc?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
19	**Foi de bicicleta para o trabalho, colégio, etc?**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
20	**Outra atividade? Qual?_____**	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐

22. Com que freqüência você, usualmente, faz as seguintes refeições?

REFEIÇÕES	**Todos os dias**	**3 a 6 vezes na semana**	**1 a 2 vezes na semana**	**Nunca ou quase nunca**
Café da manhã	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
	Quantas vezes por semana toma café da manhã com pai, mãe ou responsável? |__|			
Almoço (COMIDA)	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
Almoço (LANCHE AO INVÉS DA COMIDA)	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
Jantar (LANCHE AO INVÉS DE COMIDA)	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
Jantar (COMIDA)	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
	Quantas vezes por semana janta/lancha com pai, mãe ou responsável? |__| **Quantas vezes por semana janta/lancha com amigos? |__|**			

23. Cor de pele/raça:

23.1. Segundo opinião do entrevistador:

1 ☐ Branca 4 ☐ Amarela (oriental)

2 ☐ Parda (morena) 5 ☐ Indígena

3 ☐ Preta (negra)

23.2. Na sua opinião, qual a sua cor ou raça?

_____

24. Você considera o seu peso...

1 ☐ **...Abaixo do normal,** 2 ☐ **Normal,** 3 ☐ **Acima do normal?**

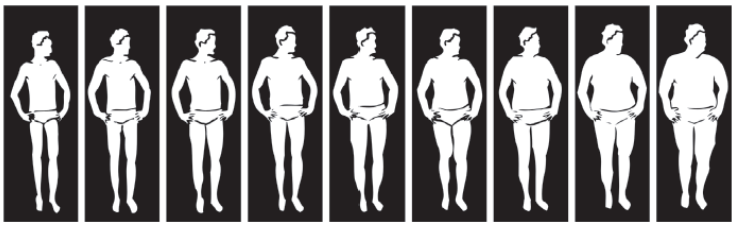
ANEXO C: QUESTIONÁRIO SANDUC 2005 – MÓDULO ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

12. INFORMAÇÕES SOBRE ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO ENTRE 12 E 18 ANOS

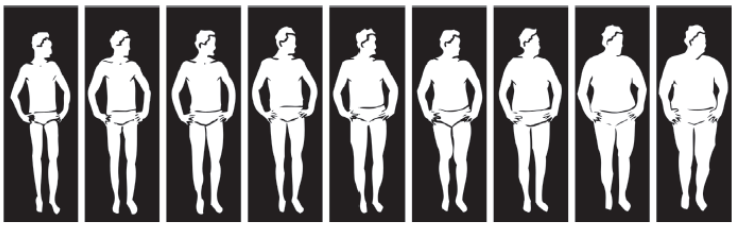
N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente: _____

01. Marque a figura com a qual você acha que mais se parece:



(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

02. Marque a figura com a qual você mais gostaria de parecer:



(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

03. Nos últimos 6 meses você usou regularmente, ou seja, pelo menos 1 vez por semana algum método para CONTROLAR O PESO como:

3.1 Laxantes, diuréticos ou vômitos provocados?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

3.2 Comer muito pouco ou ficar sem comer?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

04. Alguma vez você experimentou ou tentou fumar **cigarros**

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (TERMINAR AQUI)

05. Quantos anos você tinha quando experimentou ou tentou fumar cigarros **pela primeira vez**?

1 |__|__| anos 99 ☐ Não sabe

06. Somando todos os cigarros que você fumou a vida inteira, mesmo que já tenha parado, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

07. Atualmente, você fuma **cigarros**?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (TERMINAR AQUI)

08. Em média, quantos cigarros você fuma por dia?

1 |__|__| cigarros 99 ☐ Não sabe

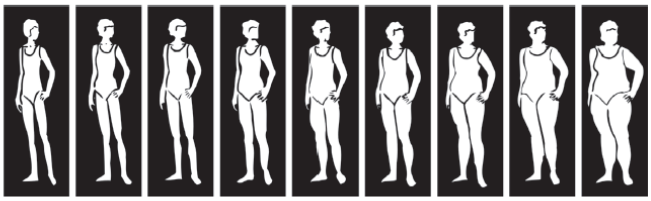
ANEXO D: QUESTIONÁRIO SANDUC 2005 – MÓDULO ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

13. INFORMAÇÕES SOBRE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO ENTRE 12 E 18 ANOS

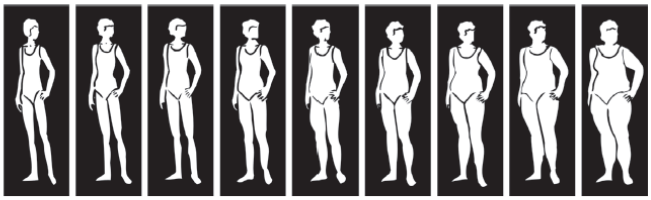
N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente: _____

01. Marque a figura com a qual você acha que mais se parece:



(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

02. Marque a figura com a qual você mais gostaria de parecer:



(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

03. Nos últimos 6 meses você usou regularmente, ou seja, pelo menos 1 vez por semana algum método para CONTROLAR O PESO como:

3.1 Laxantes, diuréticos ou vômitos provocados?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

3.2 Comer muito pouco ou ficar sem comer?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

04. Alguma vez você experimentou ou tentou fumar **cigarros**

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PULAR PARA 09)

05. Quantos anos você tinha quando experimentou ou tentou fumar cigarros **pela primeira vez**?

1 |__|__| anos 99 ☐ Não sabe

06. Somando todos os cigarros que você fumou a vida inteira, mesmo que já tenha parado, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

07. Atualmente, você fuma **cigarros**?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PULAR PARA 09)

08. Em média, quantos cigarros você fuma por dia?

1 |__|__| cigarros 99 ☐ Não sabe

09. Você já teve a primeira menstruação?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (TERMINAR AQUI)

10. Se SIM, com que idade você teve a primeira menstruação?

1 |__|__| anos 99 ☐ Não sabe

11. Esteve grávida alguma vez?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

ANEXO E: QUESTIONÁRIO SANDUC 2005 – MÓDULO ANTROPOMETRIA

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__

14. ANTROPOMETRIA, MEDIDAS DE PRESSÃO ARTERIAL E FREQÜÊNCIA CARDÍACA EM ADOLESCENTES, ADULTOS E IDOSOS.

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente, adulto ou idoso: _____

1. Antropometria:

1 ☐ Realizada (PREENCHA O QUADRO ABAIXO)

2 ☐ Não se aplica (ACAMADOS, GRÁVIDAS E MULHERES AMAMENTANDO)

3 ☐ Recusada

2. Peso |__|__|__| , |__| kg		**4.** Circunferência da cintura:	1ª |__|__|__| , |__| cm
3. Altura	VISOR: |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm
	1ª |__|__|__| , |__| cm	**5.** Circunferência do quadril:	1ª |__|__|__| , |__| cm
	2ª |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm

6. Pressão arterial:

1ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	2ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	3ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg
	Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg

7. Freqüência cardíaca:

1ª	|__|__|__|,|__| BPM	2ª	|__|__|__|,|__| BPM	3ª	|__|__|__|,|__| BPM

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente, adulto ou idoso: _____

1. Antropometria:

1 ☐ Realizada (PREENCHA O QUADRO ABAIXO)

2 ☐ Não se aplica (ACAMADOS, GRÁVIDAS E MULHERES AMAMENTANDO)

3 ☐ Recusada

2. Peso |__|__|__| , |__| kg		**4.** Circunferência da cintura:	1ª |__|__|__| , |__| cm
3. Altura	VISOR: |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm
	1ª |__|__|__| , |__| cm	**5.** Circunferência do quadril:	1ª |__|__|__| , |__| cm
	2ª |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm

6. Pressão arterial:

1ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	2ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	3ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg
	Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg

7. Freqüência cardíaca:

1ª	|__|__|__|,|__| BPM	2ª	|__|__|__|,|__| BPM	3ª	|__|__|__|,|__| BPM

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente, adulto ou idoso: _____

1. Antropometria:

1 ☐ Realizada (PREENCHA O QUADRO ABAIXO)

2 ☐ Não se aplica (ACAMADOS, GRÁVIDAS E MULHERES AMAMENTANDO)

3 ☐ Recusada

2. Peso |__|__|__| , |__| kg		**4.** Circunferência da cintura:	1ª |__|__|__| , |__| cm
3. Altura	VISOR: |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm
	1ª |__|__|__| , |__| cm	**5.** Circunferência do quadril:	1ª |__|__|__| , |__| cm
	2ª |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm

6. Pressão arterial:

1ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	2ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	3ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg
	Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg

7. Freqüência cardíaca:

1ª |__|__|__|,|__| BPM 2ª |__|__|__|,|__| BPM 3ª |__|__|__|,|__| BPM

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente, adulto ou idoso: _____

1. Antropometria:

1 ☐ Realizada (PREENCHA O QUADRO ABAIXO)

2 ☐ Não se aplica (ACAMADOS, GRÁVIDAS E MULHERES AMAMENTANDO)

3 ☐ Recusada

2. Peso |__|__|__| , |__| kg		**4.** Circunferência da cintura:	1ª |__|__|__| , |__| cm
3. Altura	VISOR: |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm
	1ª |__|__|__| , |__| cm	**5.** Circunferência do quadril:	1ª |__|__|__| , |__| cm
	2ª |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm

6. Pressão arterial:

1ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	2ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	3ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg
	Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg

7. Freqüência cardíaca:

1ª |__|__|__|,|__| BPM 2ª |__|__|__|,|__| BPM 3ª |__|__|__|,|__| BPM

ANEXO F: QUESTIONÁRIO SANDUC 2005 – MÓDULO DOMICÍLIO

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

01. IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

01. Setor: |__|__|__| 02. Domicílio: |__|__|

03. Entrevistador Nº: |__|__| 04. Supervisor: |__|

05. Data de início das entrevistas: ___/___/_____ 06. Total de visitas: |__| 07. N° de famílias: |__|

08. Endereço

08.1 Rua: _____ 08.2 Nº: _____

08.3 Complemento: _____

08.4 Bairro: _____ 08.5 CEP: |__|__|__|__|__|__|-|__|__|__|

08.6 Telefone: 08.7 Casa: |__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|

08.8 Trabalho: |__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|

08.9 Recados: |__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|

09. Entrevista

1 ☐ Realizada totalmente

2 ☐ Realizada parcialmente

3 ☐ Não realizada

10. Se a entrevista não foi realizada, assinalar o motivo:

1	☐	Unidade ocupada, mas fechada	6	☐	Unidade não encontrada
2	☐	Unidade vaga, de uso ocasional	7	☐	Unidade não residencial
3	☐	Unidade vaga devido a construção ou reforma	8	☐	Todos os membros da residência se recusam a participar da pesquisa
4	☐	Unidade vaga, em ruínas	9	☐	Outro motivo.
5	☐	Unidade inexistente, foi demolida			Qual?_____

02. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS MORADORES DA FAMÍLIA QUE MORAM A MAIS TEMPO NA RESIDÊNCIA

01. Contando com você e excluindo empregados que trabalham na sua residência e pessoas que alugam quartos, quantas pessoas da sua família moram nessa residência, inclusive as crianças?

|__|__| pessoas

02. Agora eu gostaria que você me dissesse o nome de todas as pessoas de sua família que moram nessa residência (LISTAR TODOS OS MORADORES DA FAMÍLIA. QUANDO HOUVER MAIS DE UMA FAMÍLIA, LISTAR A QUE MORA HÁ MAIS TEMPO NA RESIDÊNCIA. O N° DE MORADORES DEVE SER IGUAL AO N° FINAL DA PERGUNTA ANTERIOR, OU SEJA, DEVE-SE EXCLUIR EMPREGADOS E QUEM ALUGA QUARTOS).

1. Nº de ordem	**2. Nome**	**3. Condição na família**	**4. Sexo** 1. Masculino 2. Feminino	**5. Data de nascimento** (dia/mês/ano)	**6. Idade**	**7.** Recusa 1. Sim/ 2. Não

Condição na família (EM RELAÇÃO AO CHEFE DA FAMÍLIA)

1 Chefe
2 Cônjuge
3 Filho(a) biológico(a)
4 Filho(a) não biológico(a)
5 Enteado(a)
6 Neto(a)
7 Irmão (ã)
8 Pai
9 Mãe
10 Genro
11 Nora
12 Outro parente
13 Agregado(a)

03. INFORMAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO

N° de ordem: |___|___| Nome do morador:_____

01. Nos últimos 6 meses alguém que mora nessa residência recebeu doação de algum alimento, que não seja cesta da empresa onde trabalha?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PULAR PARA 03)

02. Quem distribuiu estes alimentos? (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA**)**

1 ☐ O Governo
2 ☐ A Igreja
3 ☐ Uma Entidade filantrópica ou ONG
4 ☐ Outro(s)

Qual(is)?_____

03. Atualmente recebe outro benefício como... (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 ☐ **...Bolsa família**

2 ☐ **Outro(s)**

Qual(is)?_____

3 ☐ **Não recebo outro ou nenhum benefício**

04. INFORMAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA/ESTRESSE FAMILIAR

01. No Rio de Janeiro tem sido registrado um alto índice de roubos, assaltos e assassinatos. Em relação a essas violências, você e sua família:

1 ☐ **Sentem-se ameaçados ou amedrontados sempre que saem de casa.**

2 ☐ **Sentem-se ameaçados ou amedrontados somente quando saem de casa à noite.**

3 ☐ **Sentem-se ameaçados ou amedrontados mesmo sem sair de casa.**

4 ☐ **Nunca se sentem ameaçados ou amedrontados**

02. Nos últimos 12 meses, você ou alguém de sua família foi assaltado(a) ou roubado(a), isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

1 ☐ Sim **1.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**

1 ☐ **Há menos de 1 mês**

2 ☐ **Entre 1 e 6 meses atrás**

3 ☐ **Entre 7 e 12 meses atrás**

2 ☐ Não

03. Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família foi vítima de alguma agressão física?

1 ☐ Sim **1.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**

1 ☐ **Há menos de 1 mês**

2 ☐ **Entre 1 e 6 meses atrás**

3 ☐ **Entre 7 e 12 meses atrás**

2 ☐ Não

04. Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família sofreu algum acidente de trânsito, seja como motorista, passageiro ou pedestre?

1 ☐ Sim **1.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**

1 ☐ **Há menos de 1 mês**

2 ☐ **Entre 1 e 6 meses atrás**

3 ☐ **Entre 7 e 12 meses atrás**

2 ☐ Não

05. Algum dos seus familiares está sofrendo alguma doença grave?

1 ☐ Sim **1.1 Quem?** _____

1.2 Qual o grau de parentesco em relação ao chefe da casa? _____

2 ☐ Não

06. Algum dos seus familiares morreu nos últimos 12 meses?

1 ☐ Sim **1.1 Quem?** _____

1.2 Qual o grau de parentesco em relação ao chefe da casa? _____

2 ☐ Não

05. SEGURANÇA ALIMENTAR PARA ADULTO RESPONSÁVEL PELA ALIMENTAÇÃO DA FAMÍLIA

01. Nos últimos 3 meses você teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que você tivesse condição de comprar ou receber mais comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa (PULAR PARA 03)

2 ☐ Não (PULAR PARA 03)

02. Com que frequência isso aconteceu?

1 ☐ **Em quase todos os dias** 3 ☐ **Em apenas 1 ou 2 dias**

2 ☐ **Em alguns dias** 4 ☐ **Não sabe ou recusa**

03. Nos últimos três meses a comida acabou antes que você tivesse dinheiro para comprar mais?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa (PULAR PARA 05)

2 ☐ Não (PULAR PARA 05)

04. Com que frequência isso aconteceu?

1 ☐ **Em quase todos os dias** 3 ☐ **Em apenas 1 ou 2 dias**

2 ☐ **Em alguns dias** 9 ☐ **Não sabe ou recusa responder**

05. Nos últimos 3 meses você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa (LER A OBSERVAÇÃO)

2 ☐ Não (LER A OBSERVAÇÃO)

06. Com que freqüência isso aconteceu?

1 ☐ **Em quase todos os dias** 3 ☐ **Em apenas 1 ou 2 dias**

2 ☐ **Em alguns dias** 9 ☐ **Não sabe ou recusa responder**

OBS: NO CASO DE RESPOSTA "**NÃO**" OU "**NÃO SABE OU RECUSA**" EM TODAS AS PERGUNTAS ANTERIORES, PULAR PARA 19. NO CASO DE RESPOSTA "**SIM**" EM ALGUMA DELAS, PULAR PARA 07 SE NA CASA HÁ MENORES DE 18 ANOS, CASO CONTRÁRIO PULAR PARA 09.

07. Nos últimos 3 meses você não pode oferecer a(s) sua(s) criança(s) ou adolescente(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro para isto?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

08. Nos últimos 3 meses a(s) criança(s) ou o(s) adolescente(s) não comeu (comeram) quantidade suficiente porque não havia dinheiro para a comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

09. Nos últimos 3 meses você teve que se arranjar com apenas alguns alimentos porque o dinheiro acabou?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

10. Nos últimos 3 meses você ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

11. Nos últimos 3 meses, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

12. Nos últimos 3 meses, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

13. Nos últimos 3 meses, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

14. Nos últimos 3 meses, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

OBS: CASO NÃO HAJA MENORES DE 18 ANOS NA CASA, PULAR PARA 19.

15. Nos últimos 3 meses, você alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua(s) criança(s) ou adolescente(s), porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

16. Nos últimos 3 meses, alguma vez você teve de pular uma refeição da(s) criança(s) ou adolescente(s) porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

17. Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s) ou adolescente(s) teve (tiveram) fome mas você simplesmente não podia comprar mais comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

18. Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s) ou adolescente(s) ficou (ficaram) sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para a comida?

1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe ou recusa

2 ☐ Não

19. Quando, por qualquer motivo, há pouca comida na casa para uma refeição, vocês...

1 ☐ **...Repartem igualmente entre os moradores?**

2 ☐ **Dão prioridade a alguém?** 2.1 **A quem vocês dão prioridade?**_____

Número de ordem: |___|___|

3 ☐ **Ou nunca houve pouca comida na casa.**

20. Como você avalia a qualidade da alimentação neste domicílio?

1 ☐ Ótima
2 ☐ Boa
3 ☐ Regular
4 ☐ Ruim
5 ☐ Péssima

06. INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA E CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR

01. O abastecimento de água dessa residência é feito através de ...

1 ☐ **...Rede pública,**
2 ☐ **Poço ou nascente,**
3 ☐ **Carro-pipa**
4 ☐ **ou outro(s), qual(is)? _____**

02. O lixo dessa residência é ...

1 ☐ **...Coletado diretamente por serviço de limpeza,**
2 ☐ **Coletado indiretamente, ou seja, colocado ou despejado pelo morador em caçamba ou containers,**
3 ☐ **Queimado ou enterrado,**
4 ☐ **Colocado em céu aberto,**
5 ☐ **ou outro(s), qual(is)?_____**

03. O esgotamento sanitário dessa residência é feito através de...

1 ☐ **...Rede pública,**
2 ☐ **Fossa séptica,**
3 ☐ **Fossa rudimentar,**
4 ☐ **Céu aberto**
5 ☐ **ou outro(s), qual(is)? _____**

04. Essa residência tem algum tipo de filtro de água?

1 ☐ **Sim**
2 ☐ **Não, mas a água para beber e cozinhar é tratada (fervida, clorada, etc)**
3 ☐ **Não tem filtro e nem trata a água**

05. Nessa residência tem...	**1.** Sim	**2.** Não
1 **Geladeira simples?**	☐	☐
2 **Geladeira duplex ou freezer?**	☐	☐
3 **Máquina de lavar roupa?**	☐	☐
4 **Aspirador de pó?**	☐	☐
5 **Vídeo cassete ou DVD?**	☐	☐

06. Quantos(as) _____existem nessa residência?

1 **Rádios**	|__|__|
2 **Banheiros**	|__|__|
3 **TV a cores**	|__|__|
4 **Empregadas mensalistas**	|__|__|
5 **Automóveis**	|__|__|

07. Em geral, qual a renda total aproximada da sua família incluindo salários, aposentadorias, pensões e outros rendimentos como aluguéis?

R$ |__|__|__|. |__|__|__| , |__|__|

ANEXO G: TERMO DE CONSENTIMENTO – SANDUC 2005

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Universidade Federal Fluminense – Instituto Nacional do Câncer – IBGE

Título do Estudo: Avaliação do estado nutricional, hábitos alimentares e insegurança alimentar no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida por um grupo de pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense, Instituto Nacional do Câncer e IBGE.

O estudo pretende avaliar possíveis associações da alimentação e estado nutricional com alterações na saúde como a hipertensão (pressão alta), com os níveis de colesterol e triglicerídeos do sangue, dos moradores do segundo distrito de Duque de Caxias. Ela será realizada através de questionários com perguntas sobre a alimentação, saúde e informações condições de moradia, renda familiar, idade entre outras, e de exames complementares (medida do peso, altura e pressão sanguínea).

Sua casa será visitada por entrevistadores, identificados com uso de crachá. Eles realizarão um questionário com as crianças, adolescentes e adultos que morarem na sua casa. Neste dia, o peso, a altura e as medidas das circunferências da cintura e do quadril dos moradores serão avaliados, através de balanças e fitas próprias para as medidas. Você e todos os moradores serão informados se estas medidas estão adequadas para a idade e sexo de cada pessoa avaliada. No caso das crianças, será agendada uma data para que seja possível levar a balança e fita métrica adequadas para medir o peso e altura das mesmas.

Também será avaliada a medida de pressão sangüínea neste dia dos adolescentes e adultos da sua família, sendo este procedimento totalmente sem risco para as pessoas, sendo informado logo após a medida da pressão o valor encontrado.

Garantimos que todos os procedimentos que serão realizados, ou seja, medida de peso, altura, pressão arterial, não oferecerão riscos para a sua saúde.

Esclarecemos ainda que não há remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente da sua participação no estudo. Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você pode decidir não participar desse estudo ou desistir de participar a qualquer momento.

As informações coletadas serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese, sendo os resultados apresentados em conjunto, não sendo possível a identificação das pessoas que participaram do estudo.

Com Quem Você Deve Entrar em Contato em Caso de Dúvida:

Se você tem alguma questão ou dúvidas sobre a pesquisa você pode entrar em contato com Dra. Rosely Sichieri no Instituto de Medicina Social, Rua S. Francisco Xavier, nº 524, sala 7002, bloco E, Maracanã, telefone: 2587-7303, ramal 244 ou 255, ou por e-mail: sichieri@uerj.br

Suas dúvidas podem também ser enviadas para o comitê de Revisão de Ética do Instituto de Medicina Social (Dr. José Ueleres Braga, Comitê para Ética em Coordenações de Pesquisa, Instituto de Medicina Social-UERJ, Rua S. Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco E, CEP 20550-012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, telefone: 2284-8249

ANEXO H: APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA – SANDUC 2005

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2587-7303 / 2284-8249
FAX: 55-021-2264-1142

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo de pesquisa "Avaliação do estado nutricional, hábitos alimentares e insegurança alimentar no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro: desenvolvimento de um instrumento simplificado para avaliação de consumo alimentar saudável", coordenado por Rosely Sichieri, submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (registro CEP-IMS nº 02/2004), foi aprovado em 24/08/2004.

Rio de Janeiro, 4 de julho de 2007

MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

ANEXO I: FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE – SANDUC 2010

Segurança alimentar e nutricional em Duque de Caxias – 2010

Folha de identificação do domicílio e de seleção de entrevistados

1. Identificação do domicílio

Setor: |_|_|_|	Nº de ordem do domicílio no *screening* ou listagem: |_|_|_|	Nº sequencial da entrevista realizada: |_|_|
Logradouro: _____		Bairro: _____
Número: _____	Complemento/Dependência: _____	
Estrato de seleção 1 |_| Domicílio com criança		2 |_| Domicílio sem criança
Nº da criança (6-30 meses) selecionada: |_|_|		Nº do adolescente (12-18 anos) selecionado: |_|_|
Nº do 1º ou único adulto selecionado: |_|_|		Nº do segundo adulto selecionado: |_|_|

2. Resultado da visita ao domicílio

1 |_| Recusa da família (encerre a entrevista e procure sua supervisora	3 |_| Fechado, após 3ª visita (encerre a entrevista e procure sua supervisora)
2 |_| Demolido (encerre a entrevista e procure sua supervisora)	4 |_| Vago ou de uso ocasional (encerre a entrevista e procure sua supervisora)
5 |_| Domicílio selecionado no estrato 2 (sem criança) que tem criança (encerre a entrevista e procure sua supervisora)	6 |_| Família aceitou entrevista (vá para 3)

3. Composição da família e número dos adultos, adolescentes e crianças

Nº. de ordem da pessoa	Nome da pessoa	Morador é adulto? (19 anos ou mais)		Morador é adolescente? (de 12 a 18 anos)		Morador é criança? (de 6 a 24 meses)	
		S-sim N-Não	Nº de ordem do adulto	S-sim N-Não	Nº de ordem do adolescente	S-sim N-Não	Nº de ordem da criança
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

|_|_|_|	|_|_|_|_|	|_|_|	|_|	|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nº do Setor	Nº do Domicílio	Nº da entrevista	Estrato seleção	Resultado entrevista	Nº da criança Selecionada	Nº do adolescente selecionado	Nº primeiro adulto selecionado	Nº segundo adulto selecionado

ANEXO J: QUESTIONÁRIO SANDUC 2010 – MÓDULO ADOLESCENTES

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

14. INFORMAÇÕES SOBRE ADOLESCENTES ENTRE 12 ANOS E 18 ANOS

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente: _____

01. Você está grávida atualmente?

1 ☐ Sim (ENCERRAR O QUESTIONÁRIO)
2 ☐ Não se aplica (MENINO)
3 ☐ Não

02. Cor de pele/raça:

02.1 Segundo opinião do entrevistador

1 ☐ Preta
2 ☐ Parda
3 ☐ Branca
4 ☐ Amarela
5 ☐ Indígena

02.2. Na sua opinião, qual a sua cor ou raça? _____

03. Com que freqüência você faz lanches fora de casa em locais como lanchonete, padaria, botequim, BOB's, Mc Donald's e carrocinhas de cachorro quente?

1 ☐ Diariamente
2 ☐ 4 a 6 vezes por semana
3 ☐ 1 a 3 vezes por semana
4 ☐ 1 a 3 vezes por mês
5 ☐ Nunca ou quase nunca

04. Na sua opinião a sua alimentação, em geral, é saudável?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

05. Você já fez regime para perder peso?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

06. Você come frutas todos os dias ou quase todos os dias (PELO MENOS 5 VEZES POR SEMANA), **que não sejam em forma de sucos e refrescos?**

1 ☐ Sim (PULAR PARA 10)
2 ☐ Não

07. Qual é o principal motivo de você não comer fruta todos os dias ou quase todos os dias?

1 ☐ Não gosto muito de frutas.
2 ☐ Minha família não tem o costume de comer.
3 ☐ Eu não tenho o costume.
4 ☐ Frutas são difíceis de preparar e comer.

08. Você come todos os dias ou quase todos os dias (PELO MENOS 5 VEZES POR SEMANA) **verduras e legumes que não sejam batata, inhame, aipim e outras raízes?**

1 ☐ Sim (PULAR PARA 12)
2 ☐ Não

09. Qual é o principal motivo de você não comer verduras e legumes todos os dias ou quase todos os dias?

1 ☐ Não gosto muito de verduras e legumes.
2 ☐ Minha família não tem o costume de comer.
3 ☐ Eu não tenho o costume de comer.
4 ☐ Verduras e legumes são difíceis de preparar e comer

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

10. No momento, você estuda?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (PULAR PARA 16)

11. Você atualmente trabalha ou faz estágio?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (PULAR PARA 18)

12. Em geral, quantas horas você trabalha ou faz estágio por semana? |__|__| horas

13. Você assiste TV, vídeo, usa computador ou brinca com videogame?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (PULAR PARA 15)

14. Em geral, quantas vezes por dia você...

	Todos os dias	5 a 6 vezes na semana	3 a 4 vezes na semana	1 a 2 vezes na semana	Nunca ou quase nunca
Assiste TV ou vídeo	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐
	Em geral, quantas horas por dia? |__|__| horas por dia			
Fica no videogame ou computador	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐
	Em geral, quantas horas por dia? |__|__| horas por dia			

15. Em geral, você almoça ou janta assistindo TV?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

16. Em geral, quantas horas você costuma dormir por noite? |__|__| horas

17. Nos últimos 3 meses, você fez semanalmente...

	Atividades de lazer	1. Sim	Quantas vezes por semana?	Quantos minutos gasta por vez?	2. Não
1	Caminhadas?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
2	Vôlei?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
3	Musculação?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
4	Ginástica?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
5	Hidroginástica?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
6	Bicicleta?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
7	Corrida?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
8	Futebol?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
9	Lutas?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
10	Natação?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
11	Basquete?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
12	Outra atividade? Qual?_____	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
	Atividades da vida diária				
13	Tomou conta de criança menor de 3 anos?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
14	Passou roupa?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
15	Lavou roupa no tanque?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
16	Fez faxina na sua casa?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
17	Fez limpeza no quintal?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
18	Foi a pé para o trabalho, colégio, etc?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
19	Foi de bicicleta para o trabalho, colégio, etc?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
20	Outra atividade? Qual?_____	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

18. Quantas vezes na semana você faz as seguintes refeições?

REFEIÇÕES	Todos os dias	5 a 6 vezes na semana	3 a 4 vezes na semana	1 a 2 vezes na semana	Nunca ou quase nunca
Café da manhã	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐
Almoço (COMIDA)	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐
Almoço (LANCHE AO INVÉS DA COMIDA)	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐
Jantar (COMIDA)	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐
Jantar (LANCHE AO INVÉS DE COMIDA)	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐

19. Quantas vezes por semana você faz as seguintes refeições com pai, mãe ou responsável?

REFEIÇÕES	Todos os dias	5 a 6 vezes na semana	3 a 4 vezes na semana	1 a 2 vezes na semana	Nunca ou quase nunca
Café da manhã	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐
Jantar/Lanche	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐

20. Quantas vezes por semana você janta/lancha com amigos?

1 ☐ Todos os dias
2 ☐ 5 a 6 vezes na semana
3 ☐ 3 a 4 vezes na semana
4 ☐ 1 a 2 vezes na semana
5 ☐ Nunca ou quase nunca

21. O censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

1 ☐ Preta
2 ☐ Parda
3 ☐ Branca
4 ☐ Amarela
5 ☐ Indígena

22. Você considera o seu peso...

1 ☐ Abaixo do normal
2 ☐ Normal
3 ☐ Acima do normal

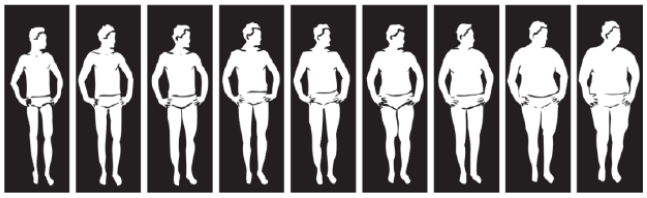
ANEXO L: QUESTIONÁRIO SANDUC 2010 – MÓDULO ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

12. INFORMAÇÕES SOBRE ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO ENTRE 12 E 18 ANOS

N° de ordem: |__|__| **Nome do adolescente: _____**

01. Marque a figura com a qual você acha que mais se parece:



(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

02. Marque a figura com a qual você mais gostaria de parecer:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

03. Você já comeu uma grande quantidade de comida de uma só vez num espaço de tempo de até 2 horas, e sentiu que perdeu o controle, não podendo evitar começar a comer e, depois de começar, não conseguir mais parar de comer?

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos de uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

04. Nos últimos 6 meses, você usou alguns dos seguintes métodos?

4.1.Laxativos (são remédios que provocam diarréia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

4.2.Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

4.3.Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

4.4.Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar

1 ☐ Nenhuma vez

2 ☐ Menos que uma vez por semana

3 ☐ Uma vez por semana

4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

4.5. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você fez dieta para controlar o seu peso

1 ☐ Nenhuma vez

2 ☐ Poucas vezes

3 ☐ Muitas vezes

4 ☐ Sempre

05. Alguma vez você experimentou ou tentou fumar cigarros

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (PULAR PARA A PERGUNTA 10)

06. Quantos anos você tinha quando experimentou ou tentou fumar cigarros pela primeira vez?

|__|__|

99 ☐ Não sabe

07. Somando todos os cigarros que você fumou a vida inteira, mesmo que já tenha parado, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

08. Atualmente, você fuma cigarros?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (PULAR PARA A PERGUNTA 10)

09. Em média, quantos cigarros você fuma por dia? |__|__| 99 ☐ Não sabe

As próximas perguntas abordam o consumo de bebidas alcoólicas como, por exemplo: cerveja, chopp, vinho, cachaça/pinga, vodca, vodca-ice, uísque etc. A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui tomar alguns goles de vinho para fins religiosos.

10. Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (TERMINA AQUI)

11. Que idade você tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?

|__|__|

99 ☐ Nunca experimentei bebida alcoólica

12. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica?

1 ☐ Nenhum dia nos últimos 30 dias

2 ☐ 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias

3 ☐ 3 a 5 dias nos últimos 30 dias

4 ☐ 6 a 9 dias nos últimos 30 dias

5 ☐ 10 a 19 dias nos últimos 30 dias

6 ☐ 20 a 29 dias nos últimos 30 dias

7 ☐ Todos os 30 dias nos últimos 30 dias

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

13. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?		
1	☐	Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias
2	☐	Menos de um copo ou dose nos últimos 30 dias
3	☐	1 copo ou 1 dose nos últimos 30 dias
4	☐	2 copos ou 2 doses nos últimos 30 dias
5	☐	3 copos ou 3 doses nos últimos 30 dias
6	☐	4 copos ou 4 doses nos últimos 30 dias
7	☐	5 copos ou mais ou 5 doses ou mais nos últimos 30 dias

ANEXO M: QUESTIONÁRIO SANDUC 2010 – MÓDULO ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

11. INFORMAÇÕES SOBRE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO ENTRE 12 E 18 ANOS

N° de ordem: |__|__| **Nome do adolescente:** _____

01. Marque a figura com a qual você acha que mais se parece:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

02. Marque a figura com a qual você mais gostaria de parecer:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

03. Você já comeu uma grande quantidade de comida de uma só vez num espaço de tempo de até 2 horas, e sentiu que perdeu o controle, não podendo evitar começar a comer e, depois de começar, não conseguir mais parar de comer?

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos de uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

04. Nos últimos 6 meses, você usou alguns dos seguintes métodos?

4.1. Laxativos (são remédios que provocam diarréia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

4.2. Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

4.3. Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

4.4. Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

4.5. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você fez dieta para controlar o seu peso

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Poucas vezes
3 ☐ Muitas vezes
4 ☐ Sempre

05. Alguma vez você experimentou ou tentou fumar cigarros

1 ☐ Sim
2 ☐ Não (PULAR PARA A PERGUNTA 10)

06. Quantos anos você tinha quando experimentou ou tentou fumar cigarros pela primeira vez?

|__|__|
99 ☐ Não sabe

07. Somando todos os cigarros que você fumou a vida inteira, mesmo que já tenha parado, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

08. Atualmente, você fuma cigarros?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não (PULAR PARA A PERGUNTA 10)

09. Em média, quantos cigarros você fuma por dia? |__|__| 99 ☐ Não sabe

As próximas perguntas abordam o consumo de bebidas alcoólicas como, por exemplo: cerveja, chopp, vinho, cachaça/pinga, vodca, vodca-ice, uísque etc. A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui tomar alguns goles de vinho para fins religiosos.

Lembre-se que : Uma dose de bebida alcóolica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.

10. Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não (TERMINA AQUI)

11. Que idade você tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?

|__|__|
99 ☐ Nunca experimentei bebida alcoólica

12. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica?

1 ☐ Nenhum dia nos últimos 30 dias
2 ☐ 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
3 ☐ 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
4 ☐ 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
5 ☐ 10 a 19 dias nos últimos 30 dias
6 ☐ 20 a 29 dias nos últimos 30 dias
7 ☐ Todos os 30 dias nos últimos 30 dias

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

13. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?

1	☐	Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias
2	☐	Menos de um copo ou dose nos últimos 30 dias
3	☐	1 copo ou 1 dose nos últimos 30 dias
4	☐	2 copos ou 2 doses nos últimos 30 dias
5	☐	3 copos ou 3 doses nos últimos 30 dias
6	☐	4 copos ou 4 doses nos últimos 30 dias
7	☐	5 copos ou mais ou 5 doses ou mais nos últimos 30 dias

ANEXO N: QUESTIONÁRIO SANDUC 2010 – MÓDULO ANTROPOMETRIA

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

08. ANTROPOMETRIA, MEDIDAS DE PRESSÃO ARTERIAL E FREQÜÊNCIA CARDÍACA EM ADOLESCENTES E ADULTOS.

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente, adulto: _____

1. Antropometria:

1 ☐ Realizada (PREENCHA O QUADRO ABAIXO)

2 ☐ Não se aplica (ACAMADOS, GRÁVIDAS E MULHERES AMAMENTANDO)

3 ☐ Recusada

2. Peso |__|__|__| , |__| kg		**4.** Circunferência da cintura:	1ª |__|__|__| , |__| cm
3. Altura	VISOR: |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm
	1ª |__|__|__| , |__| cm	**5.** Circunferência do quadril:	1ª |__|__|__| , |__| cm
	2ª |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm

6. Pressão arterial:

1ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	2ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	3ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg
	Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg

7. Freqüência cardíaca:

1ª |__|__|__|,|__| BPM 2ª |__|__|__|,|__| BPM 3ª |__|__|__|,|__| BPM

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente, adulto: _____

1. Antropometria:

1 ☐ Realizada (PREENCHA O QUADRO ABAIXO)

2 ☐ Não se aplica (ACAMADOS, GRÁVIDAS E MULHERES AMAMENTANDO)

3 ☐ Recusada

2. Peso |__|__|__| , |__| kg		**4.** Circunferência da cintura:	1ª |__|__|__| , |__| cm
3. Altura	VISOR: |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm
	1ª |__|__|__| , |__| cm	**5.** Circunferência do quadril:	1ª |__|__|__| , |__| cm
	2ª |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm

6. Pressão arterial:

1ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	2ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	3ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg
	Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg

7. Freqüência cardíaca:

1ª |__|__|__|,|__| BPM 2ª |__|__|__|,|__| BPM 3ª |__|__|__|,|__| BPM

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente, adulto: _____

1. Antropometria:

1 ☐ Realizada (PREENCHA O QUADRO ABAIXO)

2 ☐ Não se aplica (ACAMADOS, GRÁVIDAS E MULHERES AMAMENTANDO)

3 ☐ Recusada

2. Peso |__|__|__| , |__| kg		**4.** Circunferência da cintura:	1ª |__|__|__| , |__| cm
3. Altura	VISOR: |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm
	1ª |__|__|__| , |__| cm	**5.** Circunferência do quadril:	1ª |__|__|__| , |__| cm
	2ª |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm

6. Pressão arterial:

1ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	2ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	3ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg
	Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg

7. Freqüência cardíaca:

1ª |__|__|__|,|__| BPM 2ª |__|__|__|,|__| BPM 3ª |__|__|__|,|__| BPM

N° de ordem: |___|___| Nome do adolescente, adulto: _____

1. Antropometria:

1 ☐ Realizada (PREENCHA O QUADRO ABAIXO)

2 ☐ Não se aplica (ACAMADOS, GRÁVIDAS E MULHERES AMAMENTANDO)

3 ☐ Recusada

2. Peso |__|__|__| , |__| kg		**4.** Circunferência da cintura:	1ª |__|__|__| , |__| cm
3. Altura	VISOR: |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm
	1ª |__|__|__| , |__| cm	**5.** Circunferência do quadril:	1ª |__|__|__| , |__| cm
	2ª |__|__|__| , |__| cm		2ª |__|__|__| , |__| cm

6. Pressão arterial:

1ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	2ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg	3ª	Max	|__|__|__|,|__| mmHg
	Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg		Min	|__|__|__|,|__| mmHg

7. Freqüência cardíaca:

1ª |__|__|__|,|__| BPM 2ª |__|__|__|,|__| BPM 3ª |__|__|__|,|__| BPM

ANEXO O: QUESTIONÁRIO SANDUC 2010 – MÓDULO DOMICÍLIO

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

2. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS MORADORES DA FAMÍLIA QUE MORAM A MAIS TEMPO NA RESIDÊNCIA

01. Contando com você e excluindo empregados que trabalham na sua residência e pessoas que alugam quartos, quantas pessoas da sua família moram nessa residência, inclusive as crianças?

|__|__| pessoas

02. Agora eu gostaria que você me dissesse o nome de todas as pessoas de sua família que moram nessa residência (LISTAR TODOS OS MORADORES DA FAMÍLIA. QUANDO HOUVER MAIS DE UMA FAMÍLIA, LISTAR A QUE MORA HÁ MAIS TEMPO NA RESIDÊNCIA. O N° DE MORADORES DEVE SER IGUAL AO N° FINAL DA PERGUNTA ANTERIOR, OU SEJA, DEVE-SE EXCLUIR EMPREGADOS E QUEM ALUGA QUARTOS).

02.1. N° de ordem	02.2. Nome	02.3. Condição na família	02.4 Sexo 1. Masculino 2. Feminino	02.5. Data de nascimento (dia/mês/ano)	02,6 Idade	02.7. Recusa 1. Sim 2. Não	02.8.Qual o curso que _____ freqüenta? (ou qual o curso mais elevado que _____ freqüentou)? 0 – Analfabeto/Primário incompleto/ até a 3ª. Série fundamental 1 – Primário completo/ ginasial incompleto/até 4° série do ensino fundamental 2 – Ginasial completo/ colegial incompleto/ fundamental completo 3 – Colegial completo/ superior incompleto/ médio completo 4 – Superior completo

Condição na família (EM RELAÇÃO AO CHEFE DE FAMÍLIA)

1	Chefe	4	Filho (a) não biológico	7	Irmão (ã)	10	Genro	13	Agregado(a)
2	Cônjuge	5	Enteado (a)	8	Pai	11	Nora		
3	Filho (a) biológico	6	Neto(a)	9	Mãe	12	Outro parente		

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

03. INFORMAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO

N° de ordem: |___|___| Nome do morador:_____

01. Nos últimos 6 meses você recebeu algum benefício como... (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 ☐ Bolsa família
2 ☐ BPC (benefício de prestação continuada
3 ☐ Governo
4 ☐ Igreja
5 ☐ Uma Entidade filantrópica ou ONG
6 ☐ Não recebo outro ou nenhum benefício
7 ☐ Outro(s). Qual(is)?_____

04. INFORMAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA/ESTRESSE FAMILIAR

01. No Rio de Janeiro tem sido registrado um alto índice de roubos, assaltos e assassinatos. Em relação a essas violências, você e sua família:

1 ☐ Sentem-se ameaçados ou amedrontados sempre que saem de casa.
2 ☐ Sentem-se ameaçados ou amedrontados somente quando saem de casa à noite.
3 ☐ Sentem-se ameaçados ou amedrontados mesmo sem sair de casa.
4 ☐ Nunca se sentem ameaçados ou amedrontados

02. Nos últimos 12 meses, você ou alguém de sua família foi assaltado(a) ou roubado(a), isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

1 ☐ Sim **2.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**
1 ☐ Há menos de 1 mês
2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás
3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás
2 ☐ Não

03. Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família foi vítima de alguma agressão física?

1 ☐ Sim **3.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**
1 ☐ Há menos de 1 mês
2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás
3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás
2 ☐ Não

04. Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família sofreu algum acidente de trânsito, seja como motorista, passageiro ou pedestre?

1 ☐ Sim **4.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**
1 ☐ Há menos de 1 mês
2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás
3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás
2 ☐ Não

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

05. Algum dos seus familiares está sofrendo alguma doença grave?

1 ☐ Sim **1.1 Quem?** _____

1.2 Qual o grau de parentesco em relação ao chefe da casa? _____

2 ☐ Não

06. Algum dos seus familiares morreu nos últimos 12 meses?

1 ☐ Sim **1.1 Quem?** _____

1.2 Qual o grau de parentesco em relação ao chefe da casa? _____

2 ☐ Não

05. SEGURANÇA ALIMENTAR PARA ADULTO RESPONSÁVEL PELA ALIMENTAÇÃO DA FAMÍLIA

01. Nos últimos 3 meses, você teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

02. Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que você tivesse dinheiro para comprar mais?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

03. Nos últimos 3 meses, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Aplique a pergunta 4 somente em domicílios com moradores menores de 18 anos (crianças e/ ou adolescentes). Senão, vá para a próxima instrução antes da questão 5.

04. Nos últimos 3 meses, você teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos, porque o dinheiro acabou?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Se código 2 ou 3 em todas as perguntas anteriores (1, 2, 3, 4), vá para 17. Se código 1 em pelo menos uma dessas questões (1, 2, 3, 4), aplique 5 em diante.

05. Nos últimos 3 meses, você ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

06. Nos últimos 3 meses, você ou algum adulto em sua casa pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

07. Nos últimos 3 meses, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

08. Nos últimos 3 meses, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

09. A) Nos últimos 3 meses, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não VÁ PARA 10

3 ☐ Não sabe ou recusa VÁ PARA 10

B) A quantidade de peso que você perdeu foi: (resposta estimulada)

1 ☐ Pequena

2 ☐ Média

3 ☐ Muita

4 ☐ Não sabe ou recusa

10. Nos últimos 3 meses, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Aplique 11 a 16 somente em domicílios com moradores menores de 18 anos (crianças e/ou adolescentes). Senão, vá para 17.

11. Nos últimos 3 meses, você não pode oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

12. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

13. Nos últimos 3 meses, você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

14. Nos últimos 3 meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

15. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

16. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

17. A) alguma vez, faltou alimentos em sua residência?

1 ☐ Sim aplique B

2 ☐ Não vá para 18

B) o que vocês fizeram para se alimentar? (espontânea - marcar até 3 opções)

1 ☐ Pediram alimentos emprestados a parentes e amigos

2 ☐ Prestaram pequenos serviços a parentes e amigos em troca de alimentos

3 ☐ Compram fiado

4 ☐ Deixaram de comprar alimentos supérfluos (biscoitos, refrigerantes,...)

5 ☐ Deixaram de comprar carnes

6 ☐ Deixaram de comprar frutas, verduras e legumes

7 ☐ Aproveitaram sobras de alimentos

8 ☐ Xeparam em feiras e mercados

9 ☐ Recorreram a políticos

10 ☐ outros: _____

(anotar)

18 ☐ Nunca ocorreu esta situação

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

06. INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA E CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR

01. O abastecimento de água dessa residência é feito através de ...

1 ☐ ...Rede pública,

2 ☐ Poço ou nascente,

3 ☐ Carro-pipa

4 ☐ ou outro(s), qual(is)? _____

02. Na sua casa tem banheiro (ou vaso sanitário)?

1 ☐ Sim, privativo da família

2 ☐ Sim, coletivo, ou seja, de uso comum para mais de uma famíla

3 ☐ Não

03. A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei dizer se a água é tratada

04. Nessa residência tem... (marcar com "X" a quantidade correspondente de cada item)

1	Geladeira simples?	0	1	2	3	4+
2	Geladeira duplex?	0	1	2	3	4+
3	Freezer?	0	1	2	3	4+
4	Máquina de lavar roupa?	0	1	2	3	4+
5	Vídeo cassete ou DVD?	0	1	2	3	4+
6	Rádios	0	1	2	3	4+
7	Banheiros (exclusivo da família)	0	1	2	3	4+
8	TV a cores	0	1	2	3	4+
9	Empregadas mensalistas	0	1	2	3	4+
10	Automóveis	0	1	2	3	4+

05. Em geral, qual a renda total aproximada da sua família incluindo salários, aposentadorias, pensões e outros rendimentos como aluguéis?

R$ |__|__|. |__|__|__|

06. Quantas pessoas dependem desta renda, ou seja, precisam desta renda para o dia a dia? |__|__|

ANEXO P: TERMO DE CONSENTIMENTO – SANDUC 2010

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Universidade Federal Fluminense – IBGE

Título do Estudo: Variação de Insegurança Alimentar e Nutricional, do consumo dietético e de medidas antropométricas no período de 2005 a 2009 em Duque de Caxias.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PARA ADOLESCENTES e ADULTOS (INDIVIDUAL)

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa desenvolvida por um grupo de pesquisadores Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense, Instituto Nacional do Câncer e IBGE.

O estudo pretende avaliar possíveis associações da alimentação e estado nutricional com alterações na saúde como a hipertensão (pressão alta), dos moradores do segundo distrito de Duque de Caxias. Ela será realizada através de questionários com perguntas sobre a alimentação, saúde e informações condições de moradia, renda familiar, idade entre outras, e de exames complementares (medida do peso, altura e pressão sanguínea).

Sua casa será visitada por entrevistadores, identificados com uso de crachá. Eles aplicarão um questionário com as crianças, os adolescentes e os adultos que morarem na sua casa. Neste dia, o peso, a altura e as medidas das circunferências da cintura e do quadril das pessoas com idade acima de doze anos serão avaliados, através de balanças e fitas próprias para as medidas. Você será informado se estas medidas estão adequadas para sua idade e seu sexo.

Também será avaliada a medida de pressão sangüínea neste dia sendo este procedimento totalmente sem risco para as pessoas, sendo informado logo após a medida da pressão o valor encontrado. Caso sua medida de pressão arterial esteja fora do padrão, você será informado imediatamente e receberá informações de como proceder para procurar um serviço de saúde para ajuda de um profissional especializado. Se você quiser, poderá entrar em contato com os profissionais de nutrição no telefone que consta no final do impresso que está escrito o valor do peso, da altura e da sua pressão sanguínea, para obter maiores informações.

Garantimos que todos os procedimentos que serão realizados, ou seja, medida de peso, altura, pressão arterial, não oferecerão riscos para a sua saúde.

Esclarecemos ainda que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente da sua participação no estudo. Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você pode decidir não participar desse estudo ou desistir de participar a qualquer momento.

As informações coletadas serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese, sendo os resultados apresentados em conjunto, não sendo possível a identificação das pessoas que participaram do estudo.

Com Quem Você Deve Entrar em Contato em Caso de Dúvida:

Se você tem alguma questão ou dúvidas sobre a pesquisa você pode entrar em contato com a Dra. Rosana Salles da Costa no Instituto de Nutrição, Av. Brigadeiro Trompowsky, s/número, Centro de Ciências da Saúde, Bloco J, 2º andar, telefone: 21-2562-6679, ou por e-mail: rosana_salles@terra.com.br

Suas dúvidas podem também ser enviadas para o Comitê de Ética do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da UFRJ, Praça Jorge Machado Moreira,100. Cidade Universitária – Ilha do Fundão/Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 2598-9328 - www.iesc.ufrj.br.

Declaração de Consentimento:

Declaro que li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa.

Receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

_____

Nome do Participante

_____

Assinatura do Participante (ou seu representante legal)

Data:_____

Atenção – para os adolescentes de 12 a 17 anos, o responsável deverá assinar.

_____

Assinatura da pessoa que explicou o consentimento informado
Data:_____

Coordenação: Dra. Rosana Salles da Costa – Av. Brigadeiro Trompowsky, s/número. Centro de Ciências da Saúde. Instituto de Nutrição, 2º andar – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tel: 2562-6679.

ANEXO Q: APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA – SANDUC 2010

PARECER Nº73 /2009
PROCESSO Nº01/2009

Projeto de Pesquisa: Variação de insegurança alimentar e nutricional, do consumo dietético e de medidas antropométricas no período de 2005 a 2009 em Duque de Caxias".

Pesquisador: Rosana Salles da Costa

O Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolve APROVAR o presente projeto.

Informamos que o CEP está à disposição do pesquisador para quaisquer esclarecimento ou orientação que se façam necessários no decorrer da pesquisa.

Lembramos que o pesquisador deverá apresentar relatório da pesquisa no prazo de um ano a partir desta data.

Cidade Universitária, 18 de maio de 2009.

Marisa Palacios
Coordenadora CEP/NESC

Recebido em 03/07/2009
Juliana Porto

Instituto de Estudos de Saúde Coletiva-CCS/UFRJ
Praça Jorge Machado Moreira, 100 - Cidade Universitária
Ilha do Fundão – Rio de Janeiro, RJ
CEP: 21.941-596 - Rio de Janeiro –
Tel (021) 2598 4328 Tel/Fax (021) 2270 0097
e-mail: cep@nesc.ufrj.br

ANEXO R: Prevalência de excesso de peso segundo as variáveis sociodemográficas nos adolescentes de Campos Elíseos. Duque de Caxias, RJ, 2005 e 2010.

	Excesso de peso						Variação %
	2005			**2010**			
	n*	%(IC 95%)	*p*	n*	%(IC 95%)	*p*	
Sexo			0,591			0,272	
Masculino	252	22,2 (16,9 – 28,7)		152	34,7 (25,3 – 45,5)		+ 12,5[#]
Feminino	259	24,5 (18,8 – 31,3)		149	27,1 (18,9 – 37,2)		+ 2,6
Idade (anos)			0,817			**0,013**	
12 a 14,9	229	24,1 (17,4 – 32,4)		148	40,2 (29,8 – 51,5)		+ 16,1[#]
15 a 18,9	282	22,8 (17,2 – 29,7)		153	22,0 (15,0 – 31,0)		- 0,8
Cor da pele			0,247			0,481	
Preto/Pardo	414	24,6 (19,8 – 30,2)		238	32,2 (24,4 – 41,2)		+ 7,6
Branco	96	18,2 (11,0 – 28,4)		61	26,9 (17,0 – 39,8)		+ 8,7
Renda per capita**			0,954			0,898	
Até ½ salário mínimo	240	23,3 (17,9 – 29,8)		146	31,3 (22,2 – 42,1)		+ 8,0
> ½ salário mínimo	263	23,6 (17,5 – 31,3)		145	30,4 (21,4 – 41,2)		+ 6,8

* Os números diferem devido a perdas em cada variável. ** Valor do salário mínimo: 2005 = R$ 300,00; 2010 = R$ 510,00. [#] Regressão logística, $p < 0,05$.