



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde

THAISY CRISTINA HONORATO SANTOS ALVES

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES ENTRE ESCOLARES DA REDE PÚBLICA
DA CIDADE DO SALVADOR- BA**

SALVADOR – BA

2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde

THAISY CRISTINA HONORATO SANTOS ALVES

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES ENTRE ESCOLARES DA REDE PÚBLICA
DA CIDADE DO SALVADOR- BA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Mestrado em Alimentos, Saúde e Nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia dos Distúrbios Nutricionais

Orientadora: Profa. Dra. Ana Marlúcia Oliveira Assis

SALVADOR - BA

2010

A 474 Alves, Thaisy Cristina Honorato Santos

Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador-BA / Thaisy Cristina Honorato Santos Alves - 2010. 147f. : il.

Orientador : Prof^a. Dr^a Ana Marlúcia Oliveira Assis.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição, 2010.

1. Transtornos alimentares- sintomas- Brasil. 2. Anorexia nervosa - fatores. 3. Bulimia nervosa - fatores. I. Assis, Ana Marlúcia Oliveira. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Nutrição. III. Título.

CDD - 612.3

CDU - 612.39-053.6

TERMO DE APROVAÇÃO

THAISY CRISTINA HONORATO SANTOS ALVES

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES ENTRE ESCOLARES DA REDE PÚBLICA DA
CIDADE DO SALVADOR- BA**

Trabalho aprovado como requisito para obtenção do grau de Mestre em Nutrição, Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição – UFBA, cuja avaliação foi realizada pela banca examinadora, integrada pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Ana Marlúcia Oliveira Assis – Orientadora _____

Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia - UFBA

Escola de Nutrição/ Universidade Federal da Bahia - UFBA

Profa. Dra. Rita de Cássia Ribeiro da Silva - Examinadora _____

Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia - UFBA

Escola de Nutrição/ Universidade Federal da Bahia - UFBA

Profa. Dra. Darci Neves dos Santos – Examinadora _____

Doutora em Epidemiologia Psiquiátrica, University of London, UL, Inglaterra

Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia - UFBA

Salvador, 30 de março de 2010

“Milho de pipoca que não passa pelo fogo continua a ser milho para sempre.” (Rubem Alves)

Dedico este trabalho à minha família, minha âncora,
meu porto seguro em toda e qualquer circunstância

AGRADECIMENTOS

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

A meus pais, Antônio e Nilza, pela educação e pelo exemplo de amor, dedicação, coragem e responsabilidade; por me proporcionarem alcançar o que sequer sonharam para si mesmos

A Tânia, mais do que irmã, a melhor amiga com que Jeová me presenteou; presença constante em minha vida

A Telma, minha irmã e primeiro exemplo intelectual e acadêmico

A Igor, meu amor eterno, pela paciência, compreensão, carinho, compartilhamento das angústias e alegrias e pelo incentivo sempre bem-vindo

A meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, pelo apoio, amizade e carinho constantes

A minha segunda família, José, Lena, Lorena e Milena, pela amizade e amor demonstrados

A minha orientadora, professora Dr^a Ana Marlúcia de Oliveira Assis, pela paciência e confiança e por ter aceito o desafio de me orientar, mesmo tendo que trilhar comigo por caminhos desconhecidos e desafiadores

A professora Dr^a Rita de Cássia Ribeiro Silva, pelo grande apoio e constante colaboração com o trabalho

A Mônica Portela, pelo exemplo de dedicação e amor ao trabalho, admirável generosidade, surpreendente altruísmo e pela valiosa contribuição em todas as etapas dessa pesquisa

A Elizabete Pinto, pela amizade, paciência e constante disponibilidade para realização das análises

A professora Dr^a Darci Neves pela colaboração na construção do projeto original, e pela disponibilidade e contribuições somadas ao meu trabalho

A Ney Boa-Sorte, pela amizade e importantíssima colaboração durante a realização do trabalho

A professora Mônica Nunes pelas valiosas orientações durante a qualificação da dissertação

A Sandra Valois e Liliane Bittencourt pelas relevantes contribuições atribuídas ao projeto

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

Aos professores Ivaldo Trigueiro e Rosângela Passos, grandes incentivadores e exemplos profissionais, desde a minha “infância” na Nutrição

Aos colegas do Mestrado, pela convivência durante esses dois anos, especialmente a Fabiana Curvelo, pela companhia, amizade e incentivo

Às colegas e amigas Andréa Araújo, Carine Souza, Cristiane Borges, Elizabeth Felipe e Nádia Moraes, pelo compartilhamento de dados e experiências e pelo grande incentivo

Ao Sr José Carlos, pela disponibilidade e generosa colaboração

A Caroline Feitosa, do ISC, pela valiosa ajuda e disponibilidade no trabalho com o CBCL

A todos os colegas da Escola de Nutrição, pela ajuda prestada sempre que se fez necessária

A todas as alunas que colaboraram na digitação dos dados; vocês me ajudaram muito!!!

A todos os amigos, pela compreensão e respeito à minha constante ausência

Aos colegas do Hospital Geral Roberto Santos, pela torcida, em especial à equipe de coordenação e a minha amiga Dádiva Moura, pela generosidade e prestimosa ajuda em todos os momentos

A Amanda Valente, pela amizade, reconhecimento e apoio prestados

Às Secretarias de Educação e Cultura do Município - SME e de Educação do Estado da Bahia, pela permissão para realização desse trabalho

Aos diretores, professores e demais funcionários das escolas envolvidas na pesquisa, pela colaboração

Aos escolares e responsáveis participantes da pesquisa, pela disponibilidade e cooperação

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

MUITO OBRIGADA!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADM	Software <i>Assessment Data Manager</i>
AN	Anorexia nervosa
BITE	<i>Bulimic Investigatory Test, Edinburgh</i> - Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh
BN	Bulimia nervosa
BSQ	<i>Body Shape Questionare</i> - Teste de Imagem Corporal
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i> - Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência
EAT	<i>Eating Attitudes Test</i> - Teste de Atitudes Alimentares
EBBIT	<i>Eating Behaviours and Body Image Test</i> - Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal
IMC	Índice de Massa Corporal
QUAFIRO	Questionário das Atividades Físicas Realizadas Ontem

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

PARTE I- ARTIGO CIENTÍFICO

Tabela 1- Características demográficas, biológicas, antropométricas, socioeconômicas e comportamentais das crianças e adolescentes do ensino fundamental da rede pública de ensino – Salvador, 2008 28

Tabela 2- Prevalência de sintomas sugestivos de transtorno alimentar segundo instrumentos de avaliação – Salvador, Bahia, Brasil, 2008..... 30

Tabela 3 – Razão de Prevalência bruta (RP bruta) da associação entre variáveis demográficas, biológicas, antropométricas, socioeconômicas e sintomas de transtornos alimentares em crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade, da rede pública de ensino em Salvador, Bahia, Brasil, 2008..... 31

Tabela 4 – Razão de Prevalência ajustada da associação entre variáveis demográficas, biológicas, antropométricas, socioeconômicas e comportamentais segundo os sintomas de transtornos alimentares em crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade, da rede pública de ensino em Salvador, Bahia, Brasil, 2008..... 33

PARTE II- PROJETO DE PESQUISA

Quadro 1- Estudos sobre sintomas de transtornos alimentares no Brasil na última década 58

Figura 1- Modelo teórico do objeto de estudo 71

SUMÁRIO

PARTE I - Artigo Científico: “Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador- Ba.”

Resumo	15
Abstract	16
Introdução	17
Métodos	19
Resultados	27
Discussão	34
Referência Bibliográfica	39

PARTE II - Projeto de Pesquisa: “Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador- Ba.”

Resumo	49
Revisão de literatura.....	51
Anorexia nervosa	52
Bulimia nervosa	54
Epidemiologia dos transtornos alimentares	55
Fatores associados à ocorrência dos transtornos alimentares	59
Consequências dos transtornos alimentares	66
Tratamento dos transtornos alimentares	67
Relevância do estudo	72
Objetivos	73

Métodos	74
Desenho do estudo	74
População e amostra	74
Aspectos Éticos	75
Coleta das informações e instrumentos utilizados	76
Processamento e análise estatística dos dados	87
Cronograma proposto	89
Produção científica	90
Perspectivas de estudos	90
Referências	91
Anexos	
Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética	102
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre Esclarecido	104
Anexo 3. Instrumento: EBBIT	106
Anexo 4. Instrumento: EAT	109
Anexo 5. Instrumento: BITE	111
Anexo 6. Instrumento: BSQ	114
Anexo 7. Instrumento: CBCL	117
Anexo 8. Pontos de corte para antropometria	127
Anexo 9. Formulário de dados antropométricos	128
Anexo 10: Formulário de recordatório alimentar	130
Anexo 11: Questionário demográfico e socioeconômico	133
Anexo 12. Questionários de Atividades Físicas Realizadas Ontem	142
Anexo 13. Certificados de apresentação de trabalhos em eventos científicos	144

PARTE I

ARTIGO CIENTÍFICO

Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre
escolares da rede pública da cidade do Salvador- BA

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES
ENTRE ESCOLARES DA REDE PÚBLICA DA CIDADE DO SALVADOR- BA**

**FACTORS ASSOCIATED TO EATING DISORDERS SYMPTOMS IN
SCHOOLCHILDREN OF PUBLIC SCHOOLS IN SALVADOR, BAHIA**

SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ESCOLARES

(Título abreviado para legenda)

Thaisy Cristina Honorato Santos Alves

Endereço para correspondência:

Thaisy Cristina Honorato Santos Alves
Rua Carinhanha, 49, Cond. Villa Jardim, TN, apt 804, Jardim Brasília, Pernambués, Salvador-
BA – CEP: 41.130-135

RESUMO

Estudo de corte transversal que objetivou identificar fatores associados aos sintomas de transtornos alimentares entre escolares de 7 a 14 anos na cidade de Salvador-BA. Foram avaliados 365 crianças e adolescentes. Determinou-se prevalência de sintomas de transtornos alimentares, insatisfação com a imagem corporal e problemas de comportamento por meio de instrumentos específicos. Avaliaram-se dados antropométricos e alimentares, estilo de vida, características demográficas, socioeconômicas e puberais dos escolares. Regressão de *Poisson* foi utilizada para avaliar as associações de interesse. Os sintomas de transtornos alimentares estavam presentes em 23% dos escolares avaliados. A idade (RP: 1,25; IC95%: 1,11-1,40), insatisfação com a imagem corporal (RP: 4,23; IC95%: 2,53-7,08), problema de comportamento de internalização (RP: 1,78; IC95%: 1,11-2,85), substituição das refeições por consumo de balas (RP: 2,14; IC95%: 1,24-3,69), consumo de frutas e outros vegetais (RP: 2,49; IC95%: 1,55-3,99) e escolaridade materna de 5ª a 8ª série (RP: 1,95; IC95%: 1,06-3,58), aumentam a prevalência, de forma significativa, de sintomas de transtornos alimentares. A alta prevalência de sintomas de transtornos alimentares na população avaliada enfatiza a necessidade de intervenção sobre os fatores associados à sua ocorrência e o fornecimento de orientações apropriadas aos escolares, visando prevenir condutas que favorecem a ocorrência dos transtornos alimentares.

Palavras-chave: transtornos da alimentação, anorexia, bulimia, escolares

ABSTRACT

Cross-sectional study aimed to identify the prevalence of symptoms of eating disorders among schoolchildren aged 7 to 14 years in the city of Salvador-BA. It was evaluated 365 children and adolescents. It was determined the prevalence of symptoms of eating disorders, body image disorder and behavior problems through specific instruments. Demographics and food features, lifestyle, demographic, socioeconomic and pubertal attitudes were evaluated. Factors associated with the occurrence of symptoms of eating disorders were examined by *Poisson* regression. Symptoms of eating disorders were present in 23% of schoolchildren. In multivariate analysis, age (RP: 1,25; IC95%: 1,11-1,40), presence of body dissatisfaction (RP: 4,23; IC95%: 2,53-7,08), internalizing problems (RP: 1,78; IC95%: 1,11-2,85), consumption of candy by replacing meals (RP: 2,14; IC95%: 1,24-3,69), consumption of fruits and other vegetables (RP: 2,49; IC95%: 1,55-3,99) and maternal education from the 5th to 8th grade (RP: 1,95; IC95%: 1,06-3,58) showed a statistically significant with the occurrence of symptoms of eating disorders. The high prevalence of eating disorders symptoms in this population emphasizes the need for intervention on the factors associated with this occurrence and to provide guidelines for the school, designed to prevent conduct that favor the possibility of the occurrence of eating disorders.

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia, schoolchildren

INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares constituem quadros psiquiátricos que podem estar associados a morbimortalidade, em especial em adolescentes e em adultos jovens (DOYLE & BRYANT-WAUGH, 2000). Tais transtornos podem ocasionar danos variados, desde prejuízos emocionais e sociais até consequências fisiopatológicas mais graves relacionados aos sistemas metabólico e endócrino (SILVA, 2003; TRAEBERT & MOREIRA, 2001). Entre os transtornos alimentares mais conhecidos, destacam-se a anorexia e a bulimia nervosa.

A anorexia nervosa é caracterizada pelo temor intenso de ganho ponderal, superestimação na percepção da forma ou do tamanho do corpo e imposição de auto-restrição ao consumo de alimentos (ALVES *et al*, 2008; APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000). Enquanto que na bulimia nervosa são frequentes os episódios recorrentes de voracidade alimentar, seguidos por condutas purgativas (auto-indução de vômitos ou uso indiscriminado de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite ou enemas) ou não purgativas (jejuns e exercícios físicos excessivos) (ESPÍNDOLA & BLAY, 2006).

As evidências científicas sugerem que a etiologia dos transtornos alimentares seja multifatorial. Acredita-se que a adolescência seja o ciclo da vida de maior exposição para a ocorrência dos transtornos alimentares (ALVES *et al*, 2008; BRANCO *et al*, 2006; TRICHES & GIUGLIANI, 2007). Evidências atuais, entretanto, sugerem que os distúrbios alimentares estão iniciando em idade mais precoce da vida (DUBOIS *et al*, 2007; AAP, 2003).

A ocorrência mais acentuada dos transtornos alimentares na adolescência encontra explicação no fato de que nesta fase da vida acentua-se a formação da identidade pessoal, dos valores sociais e do senso de independência social e emocional, cuja assunção ou dificuldade em assumi-los pode levar, a transtornos de ordem alimentar. Sobressaem-se ainda a influência dos fatores psicológicos individuais e familiares, aliada ao forte apelo sociocultural do culto à

magreza, que ocorre nesta fase da vida. Tais características constituem-se em fortes definidores das escolhas da qualidade e quantidade dos alimentos podendo se manifestar negativamente nas escolhas alimentares (DUNKER & PHILIPPI, 2003; FONSECA & RENA, 2008). Entre os portadores de sintomas de anorexia nervosa observa-se ainda a adoção de prática e escolhas alimentares voltadas para os alimentos saudáveis (DUNKER & PHILIPPI, 2003). Todavia, não é bem conhecida a quantidade ingerida destes alimentos por estes indivíduos.

Dentre os fatores associados aos transtornos alimentares, destacam-se também a história familiar de obesidade, de ansiedade, de transtornos de humor, ou até mesmo de abuso de substâncias tóxicas (GARNER & GARFINKLE, 1997; AAP, 2003). Este evento pode se associar ainda às comorbidades psiquiátricas, incluindo os transtornos ansiosos, particularmente a fobia social e o transtorno obsessivo compulsivo (MASJUÁN *et al*, 2003; FLEITLICH, 2000; ZERBE, 1995).

Acredita-se também que a relação entre pais e filhos – principalmente com as mães – possa exercer influência direta sobre a ocorrência de problemas associados à alimentação e indireta sobre a satisfação com o peso e forma corporal, especialmente entre meninas (BÄCK, 2005).

Resultados de estudos indicam que a ocorrência dos transtornos alimentares é mais elevada em mulheres (AAP, 2000; FLEITLICH, 2000; MELIN & ARAÚJO, 2002). É provável que a elevada cobrança social pela busca do corpo perfeito como padrão de beleza entre as mulheres possa explicar a mais alta ocorrência destes distúrbios no sexo feminino (SERRA & SANTOS, 2003). Entretanto, o fato de os homens serem rotineiramente excluídos das amostras dos estudos que versam sobre este objeto impossibilita conhecer a magnitude deste fenômeno também entre os homens e se expressa na escassez de informação, inclusive

sobre os fatores de exposição que condicionaria a ocorrência dos transtornos alimentares, mesmo em pequenas parcelas do sexo masculino (MELIN & ARAÚJO, 2002).

O nível socioeconômico alto, até recentemente vinha sendo responsabilizado como importante fator de exposição para os transtornos alimentares (NASSER, 1988). Porém, informações mais recentes, têm mostrado pouca ou nenhuma associação entre estes eventos (ROGERS *et al*, 1997), permanecendo este fator de exposição como uma questão não consensual entre as informações disponibilizadas pelos estudos até o momento.

Estudos sobre a ocorrência e fatores associados aos sintomas de transtornos alimentares no Brasil são escassos. Remete-se, assim, à importância de ampliar o volume das pesquisas para rastrear precocemente a ocorrência e identificar os fatores associados ao evento, podendo assim, contribuir com as políticas de assistência de controle e prevenção deste evento. Para tanto, o presente estudo visa identificar a prevalência e os fatores associados à sua ocorrência entre escolares de 7 a 14 anos da cidade do Salvador-BA.

MÉTODOS

Investigação de caráter transversal, envolvendo escolares de 7 a 14 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados na rede pública de ensino fundamental da cidade de Salvador.¹

O processo amostral envolveu um desenho complexo estruturado na técnica por conglomerado em três estágios: distritos sanitários, escolas estaduais e municipais e alunos.

Utilizaram-se as informações do banco de matrícula disponibilizado pelas Secretarias de Educação e Cultura do Município - SME e de Educação do Estado da Bahia no ano de

¹ Constitui-se um subprojeto de um estudo mais amplo intitulado “*Fatores psicossociais como elementos que repercutem nas condições de saúde, nutrição e desenvolvimento cognitivo de estudantes do ensino fundamental das escolas públicas de Salvador-BA*”, desenvolvido por docentes do Instituto de Saúde Coletiva e da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia e coordenado pela professora Dr^a Rita de Cássia Ribeiro Silva.

2008. Por questões logísticas para equacionar a coleta de dados, selecionaram-se aleatoriamente 6 dos 12 distritos sanitários da cidade, para integrarem a amostra do estudo, os quais comportavam 117 escolas estaduais e 173 municipais. A amostra deste estudo é composta por 365 escolares, correspondendo a 30% da amostra de uma investigação que avaliou os fatores associados à anemia em escolares da cidade de Salvador (BORGES *et al*, 2009). Considerando que esta amostra não foi estimada, levando-se em conta o objeto investigado neste estudo, decidiu-se por calcular o erro amostral *a posteriori*. Nestas circunstâncias e com base na prevalência de transtornos alimentares de 23,0% identificada neste estudo, o número amostral previamente adotado permite determinar os fatores associados à estes transtornos com erro de 3%.

O estudo teve seu protocolo aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Após o conhecimento dos objetivos do estudo, os pais ou responsáveis pelo escolar que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; os analfabetos o fizeram por meio da impressão digital.

Coleta de dados e variáveis

A coleta de dados foi realizada entre março e dezembro de 2008. As informações socioeconômicas e sobre problema de comportamento do escolar, foram fornecidas pelos responsáveis pelos participantes da pesquisa, os demais dados foram fornecidos pelos escolares e registrados em formulários apropriados.

A obtenção dos dados foi realizada por pessoal qualificado e previamente treinado para a coleta. Os testes psicométricos e as entrevistas foram aplicados por psicólogos, sendo a coleta das informações obtida em três grandes blocos.

O primeiro bloco compreendeu a identificação dos sintomas de transtornos alimentares. Para os indivíduos de 7 a 12 anos de idade, utilizou-se o Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal - EBBIT (CANDY & FEE, 1998; GALINDO, 2005). Para aqueles de 13 anos de idade ou mais, utilizaram-se os instrumentos de avaliação Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) e Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo - BITE (GARNER & GARFINKEL, 1982; HENDERSON & FREEMAN, 1987).

O EBBIT contém 42 itens de uma escala *Likert*, que para este teste adota a pontuação de 4 pontos. É constituído por três subescalas; este estudo trabalhou com duas delas: a de insatisfação com a imagem corporal e restrição alimentar e a de comportamentos de comer compulsivo. Os escores médios obtidos pelo somatório dessas escalas foram comparados com a média e desvio-padrão de referência por idade, considerando-se sintomas de transtorno alimentar o escore médio superior aos valores de referência (CANDY & FEE, 1998; GALINDO, 2005).

O EAT-26, originalmente construído para rastrear comportamentos presentes na anorexia nervosa – mede principalmente comportamentos alimentares restritivos, como dieta e jejum, e comportamentos purgativos; é dividido em três blocos: Bloco da Dieta; Bloco de Bulimia e preocupação com o consumo dos alimentos; Bloco do Controle Oral. Os 26 itens do EAT constituem uma Escala *Likert*, que para este teste adota 0 a 3 pontos para cada resposta. Soma maior que 21 pontos é indicativa de alto risco para presença de transtorno alimentar (GARNER & GARFINKEL, 1982; BIGHETTI, 2003).

O BITE identifica episódios bulímicos e fatores ligados à cognição e ao comportamento do bulímico. Está dividido em duas subescalas: sintomas e gravidade. No presente estudo avaliou-se somente a subescala de sintomas, relacionada à identificação dos sintomas, comportamento alimentar e dieta. A resposta afirmativa a cada questão equivale a um ponto; menos de 10 pontos sugerem comportamento normal; 10 a 19: comportamento

pouco usual, porém o paciente não preenche todos os critérios para diagnóstico de bulimia; 20 ou mais pontos indicam alto grau de desordem alimentar, presença de episódios bulímicos e grande probabilidade de associação com distúrbios nervosos, sugerindo possibilidade do diagnóstico de bulimia (HENDERSON & FREEMAN, 1987; CORDÁS & HOCHGRAF, 1993).

O segundo bloco destinou-se à avaliação da percepção da imagem corporal. Para os escolares menores de 12 anos esta avaliação foi realizada pelo supramencionado EBBIT, para tanto, foram selecionadas as seis questões referentes à imagem corporal, considerando-se insatisfação sempre que pelo menos três das seis questões fossem afirmativas.

Considerando que foram adotados os testes EAT e BITE para avaliar a presença de transtornos alimentares em indivíduos de 12 anos ou mais e o EBBIT para os menores de 12 anos, optou-se por construir uma nova variável, que refletisse o evento nas duas faixas de idade; esta variável foi estratificada em sim (presença de sintomas de transtornos alimentares) e não (ausência do evento).

Para os maiores de 12 anos, utilizou-se ainda o Teste de Imagem Corporal - BSQ (COOPER, 1987), integrado por 34 itens em escala *Likert*, este teste adota o somatório de até 6 pontos para cada resposta, para identificar insatisfação ou preocupação com o peso e a forma corporal nas quatro semanas anteriores à entrevista (CORDÁS & CASTILLO, 1994; CONTI, 2007). As categorias do BSQ foram determinadas a partir de escores, obtidos por meio do somatório dos pontos do instrumento assim discriminado: nenhuma preocupação: < ou igual a 80 pontos; preocupação leve: 81 a 110; preocupação moderada: 111 a 140; preocupação grave: > 140.

O terceiro bloco foi constituído pelo *Child Behavior Checklist* – CBCL, que se destina a identificar problemas de comportamento. O instrumento consiste em 118 itens que refletem

problemas de comportamento e 20 de competência social. Neste estudo foram adotados os itens que identificam problemas de comportamento.

O *Child Behavior Checklist* – CBCL contém oito escalas individuais, referentes a problemas que podem estar presentes em crianças e adolescentes: ansiedade/ depressão; isolamento; queixas somáticas; problemas de contato social; problemas com pensamento obsessivo ou distorcido; problemas de hiperatividade ou déficit de atenção; comportamento delinquente; comportamento agressivo, cuja soma dá origem à Escala Total de Problemas de Comportamento. Esta Escala Total é subdividida, ainda, em Escala de Internalização, que corresponde às três primeiras escalas de problemas de comportamento: ansiedade e depressão; isolamento; e queixas somáticas; e a de Externalização, que corresponde às duas últimas escalas: comportamento delinquente e comportamento agressivo.

O CBCL é interpretado por meio da escala *Likert* que para este teste adota a pontuação máxima de 2 pontos para cada resposta. A pontuação bruta obtida do somatório total é convertida em Escores T por meio de um programa específico, o *Software Assessment Data Manager- ADM* (ACHENBACH & RESCORLA, 2001). Em todas as escalas (individuais ou total), o indivíduo é classificado como Clínico, Limítrofe ou Não-clínico. Neste estudo, optou-se pela junção dos casos limítrofes com os não clínicos. Na soma dos escores T pontuação maior do que 63 classificou o indivíduo na categoria clínica de problemas comportamentais (ACHENBACH, 1991; BORDIN *et al*, 1995).

As informações antropométricas neste estudo foram compostas pelo peso e altura. O peso foi obtido por meio da balança digital portátil *Master* (Marte Balanças e Aparelhos de Precisão Ltda., São Paulo, Brasil), com capacidade para 199,95kg e precisão de 50g, admitindo-se variação máxima de 0,1kg para medida de peso. O escolar usava roupas leves. A estatura foi obtida por meio do estadiômetro portátil, marca *Leicester Height Measure* (Leicester Height Measure, Londres, Inglaterra), com a leitura registrada no milímetro mais

próximo do marcador móvel, aceitando-se erro de 0,5 cm. As medições foram realizadas em duplicata. Uma terceira medida era realizada quando existia diferença maior que a variação permitida entre as duas primeiras medidas; a média entre as duas medidas mais próximas era adotada como medida final (LOHMAN *et al*, 1988).

O IMC (Índice de Massa Corporal) segundo a idade foi adotado para avaliação do estado antropométrico, tomando-se como padrão de referência os pontos de corte preconizados pela OMS: eutrofia quando situado entre os percentis 3 e 85; magreza abaixo do percentil 3; sobrepeso/ obesidade quando acima do percentil 85 (WHO, 2007).

A avaliação do estadiamento puberal realizou-se por auto-retratação das características das mamas, idade da ocorrência da menarca e dos pêlos púbicos nas meninas, e dos genitais e pêlos púbicos nos meninos, utilizando-se de gravuras que reproduzem diferentes estágios do estadiamento puberal (MARSHALL & TANNER, 1969; MARSHALL & TANNER, 1970).

Para o sexo feminino, o início da pubescência, foi classificado com base no estágio II do desenvolvimento da mama e o final (pós-pubescência) do estirão do crescimento foi caracterizado pela idade da menarca. Para o sexo masculino, o início do estirão (pubescência) foi indicado pelo estágio III de Tanner e o final do estirão (pós-pubescência) pelo estágio IV do desenvolvimento da genitália (MARSHALL & TANNER, 1970; WHO, 1995).

O índice de condições ambientais e de moradia foi construído a partir de informações sobre o (i) saneamento ambiental, incluindo: abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta pública de lixo; (ii) condições de moradia (condições de posse do domicílio, tipo de construção, material predominante no piso e na cobertura do domicílio, número de habitantes por dormitórios); (iii) condições socioeconômicas (renda e escolaridade materna). Atribuiu-se pontuação zero para a situação mais favorável e 1 para a mais desfavorável. O somatório desses valores classificou o indicador das condições ambientais e de moradia em dois estratos: adequado (escore ≤ 4) e inadequado (escore > 4) (ISSLER & GIUGLIANI, 1997).

Para avaliar o consumo alimentar, utilizou-se método Recordatório Alimentar de 24 Horas (BIRÓ *et al*, 2002). Para ajudar o entrevistado a recordar o tamanho da porção dos alimentos servidos, padronizar e aumentar a confiabilidade da informação utilizou-se álbum fotográfico com foto de utensílios em vários tamanhos e alimentos em três dimensões (MAGALHÃES *et al*, 1996). Os aspectos do consumo avaliados nesse trabalho foram a ingestão de balas em substituição às refeições e o consumo de frutas e de outros vegetais.

O nível de atividade física foi adotado como a expressão do estilo de vida do escolar e foi avaliado por meio do Questionário de Atividades Físicas Realizadas Ontem- QUAFIRO (SUÑÉ, 2007) (Anexo 13). O escore final do QUAFIRO é obtido multiplicando o coeficiente da intensidade da atividade realizada (3, 2 ou 1 para intensa, moderada ou leve, respectivamente) pelo coeficiente arbitrário da duração (1, 2 e 3 para <15, 15-30 e >30 minutos, respectivamente). A partir da identificação do nível de atividade física realizada, o escolar foi classificado em uma das categorias: inativo (≤ 5 pontos) ou ativo (> 5 pontos).

A variável dependente ou variável resposta deste estudo é representada pelos sintomas de transtornos alimentares. A variável foi estratificada em ausência (0) e presença (1) de sintomas de transtornos alimentares.

Consideraram-se como variáveis independentes ou de exposição: idade (variável contínua), sexo [masculino (0); feminino (1)], escolaridade materna [2º grau completo ou mais (0); Dammy 1ª até 4ª série (1); Dammy 2 - 5ª a 8ª série (2)], estágio puberal [pré-púbere (0); púbere ou pós-púbere(1)], renda familiar [< 1 salário mínimo (0); ≥ 1 salário mínimo (1)], índice ambiental e de moradia [> 4 (0); ≤ 4 (1)], estado antropométrico [eutrofia (0); Dammy 1 magreza (1); Dammy 2 sobrepeso/ obesidade (2)], prática de atividade física [inativo (0); ativo(1)], insatisfação com a imagem corporal [ausência (0); presença (1)], problema de comportamento [ausência (0); presença (1)], problemas de internalização [ausência (0); presença(1)]; problemas de externalização [ausência (0); presença(1)]; consumo de balas e

outros doces substituindo refeições [não (0), sim(1)]; consumo de frutas e outros vegetais [não (0); sim (1)].

As características da população foram analisadas, por meio da análise descritiva utilizando-se prevalência para os dados categorizados e a média e o respectivo desvio-padrão para variáveis contínuas. Os testes do qui-quadrado e diferença de média foram adotados para avaliar a significância da associação observada.

Empregou-se regressão de *Poisson* com variância robusta, para estimar as razões de prevalências entre os fatores associados e os sintomas de transtornos alimentares. A Razão de Prevalência (RP) e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram usados, respectivamente, para avaliar a associação e a força da associação entre os eventos investigados (COUTINHO *et al*, 2008).

O processo de modelagem baseou-se na estratégia ordenada em duas etapas. Na primeira, foram realizadas análises bivariadas e selecionadas as variáveis que apresentaram p -valor $\leq 0,25$ (HOSMER & LEMESHOW, 1989). Na segunda, realizou-se análise multivariada, incluindo todas as variáveis pré-selecionadas na análise bivariada. Permaneceram no modelo as variáveis cujos valores de p foram menores do que 0,05%, para tanto foram excluídas sucessivamente do modelo as variáveis que, na presença das demais, apresentavam p valores altos, até a construção do modelo final composto exclusivamente com variáveis cujos valores de p fossem menores do que 0,05%.

Medidas anteriores que avaliam a consistência das informações coletadas foram adotadas. Neste sentido, os questionários foram revisados, corrigindo os erros porventura decorrentes da codificação. Foi realizada ainda a limpeza do banco, por meio da verificação de medidas discrepantes observadas por meio de frequências simples das variáveis e no exame da coerência entre as respostas fornecidas às perguntas formuladas. O banco de dados foi construído utilizando-se o Epi-Info versão 6.0.

A análise das respostas ao CBCL foi realizada a partir do *Software Assessment Data Manager- ADM* (ACHENBACH & RESCORLA, 2001), programa desenvolvido para correção dos escores do CBCL.

As análises estatísticas foram efetuadas mediante o pacote estatístico STATA (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*), versão 8.2. O delineamento complexo da amostra foi levado em conta nas análises estatísticas pelo conjunto de comandos SVY do STATA, utilizando-se os pesos associados a cada conglomerado.

RESULTADOS

Participaram do estudo 365 escolares, 157 pertencentes a escolas municipais (43%) e 208 a estaduais (57%). As características demográficas, biológicas, antropométricas, socioeconômicas e comportamentais dos investigados, encontram-se na tabela 1. Levando-se em conta as características demográficas, pode-se observar que a amostra é composta predominantemente de escolares de 10 anos ou mais (87,9%) e daqueles na fase púbere/ pós-púbere do estágio puberal (79,6). O percentual de participação das meninas na amostra é similar ao observado para os meninos (Tabela 1). A população deste estudo foi constituída a partir de uma subamostra de outra investigação; mas, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as características demográficas da amostra original e a subamostra utilizada nesse estudo (dados não apresentados em tabela).

Tabela 1 - Características demográficas, biológicas, antropométricas, socioeconômicas e comportamentais das crianças e adolescentes do ensino fundamental da rede pública de ensino – Salvador, Bahia, Brasil, 2008

Variáveis associadas ao indivíduo	n	%
Sexo		
Feminino	183	50,1
Masculino	182	49,9
Idade		
< 10 anos	44	12,1
≥ 10 anos	321	87,9
Estágio puberal *		
Pré-pubere	74	20,3
Púbere/ Pós-púbere	290	79,6
Estado antropométrico		
Magreza	41	11,2
Eutrofia	265	72,6
Sobrepeso/ Obesidade	59	16,2
Prática de atividade física*		
Ativo	176	63,1
Inativo	103	36,9
Insatisfação com a imagem corporal		
Presença	30	8,2
Problema de comportamento - total*		
Presença	82	24,2
Problemas de internalização*		
Presença	102	30,1
Problemas de externalização*		
Presença	76	22,4
Consumo de balas em substituição às refeições		
Sim	43	11,8
Consumo de frutas e outros vegetais		
Sim	158	43,3

Continua

Continuação: Tabela 1 - Características demográficas, biológicas, antropométricas, socioeconômicas e comportamentais das crianças e adolescentes do ensino fundamental da rede pública de ensino – Salvador, Bahia, Brasil, 2008

Variáveis associadas ao ambiente e à família	n	%
Escolaridade Materna *		
Até 4ª série	109	30,6
5ª - 8ª série	134	37,5
2º grau ou mais	114	31,9
Renda familiar*/**		
< 1 SM	102	28,4
≥ 1 SM	257	71,6
Índice ambiental e de moradia*		
Adequado	223	61,6
Inadequado	139	38,4

*Informações faltantes ** SM = Salário mínimo em dezembro de 2007 = R\$ 380,00; N = 365

A prevalência geral de sintomas de transtornos alimentares identificada neste estudo foi de 23,0%. Em escolares de até 12 anos de idade, a prevalência foi de 6,0% utilizando como instrumento de avaliação o EBBIT (Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal). Prevalência mais elevada (25,1%) foi identificada entre aqueles com 12 anos ou mais, quando avaliado pelo BITE (Teste de Investigação Bulímica de *Edinburgh*). A avaliação produzida pelo EAT-26 (Teste de Atitudes Alimentares) indicou prevalência de 1,3% de sintomas de anorexia nervosa (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de sintomas sugestivos de transtorno alimentar segundo instrumentos de avaliação – Salvador, Bahia, Brasil, 2008

Variáveis	N	%
EAT ^a		
Presença de sintomas de anorexia nervosa	3	1,3
Ausência	228	98,7
BITE ^a		
Presença de sintomas de bulimia nervosa	58	25,1
Ausência	173	74,9
EBBIT ^b		
Presença de sintomas de transtornos alimentares	8	6,0
Ausência	126	94,0
Sintomas de transtornos alimentares ^c		
Presença	84	23,0
Ausência	281	77,0

^a ≥ 12 anos ^b < 12 anos ; ^c pelo menos 1 instrumento pontuado para sintoma de transtorno alimentar.

Os resultados das análises de regressão bivariadas de *Poisson*, indicaram que a idade (RP_{bruta}: 1,27; IC95%: 1,13-1,43), insatisfação com a imagem corporal (RP_{bruta}: 3,30; IC95%: 2,10 - 5,19), consumo de balas em substituição às refeições (RP_{bruta}: 2,31; IC95%: 1,32 – 4,04) e consumo de frutas e outros vegetais (RP_{bruta}: 1,83; IC95%: 1,12 – 2,97) se associam significativamente com a ocorrência de sintomas de transtornos alimentares (Tabela 3).

Não se observou associação estatisticamente significante entre as demais variáveis adotadas neste estudo e a ocorrência de sintomas de transtornos alimentares.

Tabela 3 – Razão de Prevalência bruta (RP bruta) das variáveis demográficas, biológicas, antropométricas, socioeconômicas e sintomas de transtornos alimentares em crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade, da rede pública de ensino em Salvador, Bahia, Brasil, 2008.

Variáveis associadas ao indivíduo	N / μ	% transtornos	RP	IC 95%	P
Idade em anos (contínua)	12,86 (\pm 2,18)	-	1,27	1,13 – 1,43	<0,001
Sexo					
Feminino	183	26,2	1,22	0,74 – 2,03	0,429
Masculino	182	19,8	1		
Estágio puberal					
Púbere e pós-púbere	290	27,2	3,09	0,88 – 10,78	0,077
Pré-púbere	74	6,8	1		
Estado antropométrico					
Magreza	41	17,1	1,20	0,49 – 2,94	0,682
Sobrepeso/ Obesidade	59	30,5	1,57	0,90 – 2,75	0,111
Eutrofia	265	22,3	1		
Prática de atividade física *					
Ativo	176	26,7	1,43	0,88 – 2,33	0,145
Inativo	103	31,1	1		
Insatisfação com a imagem corporal					
Presença	30	76,5	3,30	2,10 – 5,19	<0,001
Ausência	335	29,4	1		
Problema de comportamento- total*					
Presença	82	25,6	1,24	0,72 – 2,15	0,442
Ausência	257	22,2	1		
Problemas de internalização*					
Presença	102	29,4	1,41	0,85 – 2,34	0,184
Ausência	237	20,3	1		
Problemas de externalização*					
Presença	76	18,4	0,90	0,48 – 1,68	0,741
Ausência	263	24,3	1		
Substituição de refeições por balas					
Sim	43	37,2	2,31	1,32 – 4,04	0,003
Não	322	21,1	1		
Consumo de frutas e outros vegetais					
Sim	158	29,1	1,83	1,12 – 2,97	0,015
Não	207	18,4	1		

Continua

Continuação- Tabela 3 – Razão de Prevalência bruta (RP bruta) das variáveis demográficas, biológicas, antropométricas, socioeconômicas e sintomas de transtornos alimentares em crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade, da rede pública de ensino em Salvador, Bahia, Brasil, 2008.

Variáveis associadas ao ambiente ou à família	N/ μ	% transtornos	RP	IC95%	p
Escolaridade Materna*					
Até a 4ª série	109	26,6	1,43	0,74 – 2,75	0,281
5ª a 8ª série	134	21,6	1,53	0,81 – 2,90	0,191
2º grau ou mais	114	19,3	1		
Renda familiar*					
\geq 1 SM	257	20,6	0,87	0,51 – 1,48	0,609
< 1 SM	102	30,4	1		
Índice ambiental e de moradia*					
Adequado	223	25,1	0,98	0,59 – 1,63	0,955
Inadequado	139	20,1	1		

* Informações faltantes; ** SM = Salário mínimo em dezembro de 2007 = R\$ 380,00 ; N= 365

Os resultados da análise de regressão multivariada de *Poisson* estão apresentados na Tabela 4. Observou-se que a idade se associou positivamente com a ocorrência de sintomas de transtornos alimentares (RP=1,25; IC95%: 1,11 – 1,40). A presença de insatisfação com a imagem corporal elevou em 4,23 (IC95%: 2,53 – 7,08) vezes a prevalência de sintomas de transtornos alimentares no escolar, quando comparado com a ausência de tal insatisfação.

Os resultados indicaram ainda que problemas de comportamento que caracterizam a internalização aumentavam em 1,78 (IC95%: 1,11 – 2,85) vezes a prevalência de sintomas de transtornos alimentares nos escolares. Outro fator que se revelou estatisticamente associado à ocorrência desses sintomas foi a substituição de grandes refeições por balas (RP: 2,14; IC95%: 1,24 – 3,69). Observou-se também que o consumo de frutas e verduras elevou em 2,49 (IC95%: 1,55 – 3,99) vezes a prevalência de sintomas de transtornos alimentares nos escolares.

Neste estudo os níveis mais baixos e os mais altos da escolaridade materna não se associaram com os sintomas de transtornos alimentares. A associação foi observada somente com os níveis intermediários da educação materna. Neste sentido, a escolaridade materna situada entre a 5ª e a 8ª séries, aumentou em 1,95 (IC95%: 1,06 – 3,58) vezes a prevalência de tais sintomas, quando foi considerada como referência a escolaridade mais alta (Tabela 4).

Tabela 4 – Razão de Prevalência ajustada das variáveis demográficas, biológicas, antropométricas, socioeconômicas e comportamentais segundo os sintomas de transtornos alimentares em crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade, da rede pública de ensino em Salvador, Bahia, Brasil, 2008.

Variáveis	Sintomas de transtornos alimentares	RP ajustado	
		IC95%	P
Idade dos escolares	1,25	1,11 - 1,40	<0,001
Insatisfação com a imagem corporal			
Presença	4,23	2,53 – 7,08	<0,001
Ausência	-	-	
Problemas de internalização			
Presença	1,78	1,11 – 2,85	0,017
Ausência	-	-	
Consumo de balas em substituição às refeições			
Sim	2,14	1,24 – 3,69	0,007
Não	-	-	
Consumo de frutas e outros vegetais			
Sim	2,49	1,55 – 3,99	<0,001
Não	-	-	
Escolaridade Materna*			
Até a 4ª série	1,67	0,90 – 3,10	0,103
5ª a 8ª série	1,95	1,06 - 3,58	0,032
2º grau ou mais	-	-	

* Informações faltantes

DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas de transtornos alimentares identificada entre os escolares da rede pública de ensino de Salvador pode ser considerada elevada (23,0%), destacando-se como uma das maiores dentre as registradas na literatura nacional. No Brasil, a prevalência de sintomas de transtornos alimentares varia de 13,3 a 30,2% (VILELA *et al*, 2004; NUNES *et al*, 2001). Variação de 8,3% a 21,1% é registrada para a prevalência dos sintomas de anorexia nervosa (CHIODINI & OLIVEIRA, 2003; DUNKER & PHILIPPI, 2003; ALVES *et al*, 2008) e de 1,1 a 14,0% para os sintomas de bulimia nervosa (SILVA *et al*, 2007; VILELA *et al*, 2004).

É possível que esta variação resulte de diferentes métodos de coleta de dados, da análise estatística realizada, ou ainda de algumas características da população que deixaram de ser avaliadas.

Enquanto o EAT (*Eating Attitudes Test* - Teste de Atitudes Alimentares) detectou a menor prevalência de sintomas de transtorno alimentar, indicando menor ocorrência de sintomas de anorexia nervosa, o teste BITE (Teste de Investigação Bulímica de *Edinburgh*) detectou a maior prevalência do evento entre os investigados, sugerindo tendência mais destacada para ocorrência de sintomas de bulimia nervosa entre os estudantes (Tabela 2). Embora Salvador seja uma cidade litorânea e esteja submetida a altas temperaturas climáticas a maior parte do ano, e se associe com maior exposição corpórea com adoção de trajes leves, para os meninos e meninas, com destaque para a frequência às praias; não se observa apelo exacerbado do culto à magreza na Bahia, evidenciando-se uma busca pela exposição de corpos bem torneados, “sarados”, que expressam sensualidade, mas não necessariamente magros (VASCONSELOS, 2008; ELEUTÉRIO & CAVALCANTI, 2009; IRIART *et al*, 2009).

Da mesma forma, indivíduos com transtorno alimentar característico de bulimia, apesar do evidente culto ao corpo, não são exageradamente magros, mas costumam se manter próximos ao peso normal ou até com um leve sobrepeso (BORGES *et al*, 2006).

A ocorrência dos transtornos alimentares tende a aumentar com a idade do escolar. Esses achados encontram explicação no fato de que à medida que aumenta a idade, normalmente aumenta também a insatisfação com o corpo, em especial na adolescência, manifestando-se em alterações no comportamento alimentar, que vão desde a restrição ao consumo alimentar, até a adoção de métodos compensatórios (diuréticos, laxantes, auto-indução de vômitos e realização de atividade física extenuante) para prevenção de ganho de peso; tendência a baixa auto-estima; limitações no desempenho psicossocial, que inclui a inabilidade na convivência social e frequentemente encontra-se associado a quadros depressivos (TRICHES & GIUGLIANI, 2007).

As mudanças biológicas, físicas, psíquicas, aliadas ao desenvolvimento da formação da identidade e do senso de independência são atributos evidenciados na adolescência. Esses fatores quando associados ao forte apelo sociocultural do culto à magreza, e encontrando ressonância nos fatores psicológicos individuais e familiares, podem predispor o adolescente aos transtornos alimentares (DUNKER & PHILIPPI, 2003).

Embora o relato destes transtornos seja mais freqüente para adolescentes, as informações sobre este evento em crianças mais jovens são atualmente identificadas (DUBOIS *et al*, 2007; AAP, 2003), embora a produção atual do conhecimento ainda indique que as informações sobre este evento, nesta faixa etária, sejam escassas. Sem dúvida as limitações e dificuldades em estabelecer critérios para diagnóstico de transtorno alimentar nessa faixa etária, são conhecidas e consensuadas por muitos investigadores. Várias são as dificuldades encontradas no estabelecimento do diagnóstico deste evento em população

pediátrica; em especial a queixa da recusa alimentar e da inapetência, comum neste ciclo da vida, necessariamente não significa transtorno alimentar (MADEIRA & AQUINO, 2003).

Neste estudo não se observou associação entre sintomas de transtorno alimentar segundo o sexo, sugerindo que este evento acomete meninos e meninas com igual intensidade; constituindo-se, portanto, em um achado de significado epidemiológico (AAP, 2000; FLEITLICH, 2000). Estes resultados são similares aos registrados por outros investigadores (GONÇALVES *et al*, 2008; VILELA *et al*, 2004; QUINTERO-PÁRRAGA *et al*, 2003), embora outros tenham registrado relação entre os sexos masculino e feminino de 1:10, podendo variar de 1:6 a 1:20

Outro elemento que norteia a discussão sobre o comportamento dos portadores de transtornos alimentares diz respeito à prática alimentar. No presente estudo, observou-se que os escolares com sintomas de transtornos alimentares consumiram 2,14 vezes mais balas em substituição à refeições do que aqueles em que esta prática estava ausente. Acredita-se que esta fosse uma provável estratégia para supressão da fome, achado já registrado por outros investigadores (DUNKER & PHILIPPI, 2003).

Neste estudo, o consumo total de frutas e outros vegetais (RP=2,49; IC95% 1,55-3,99) se associou positivamente com os sintomas de transtornos alimentares (Tabela 4). No entanto, se identificou que a quantidade consumida destes alimentos pelos portadores de sintomas de transtornos alimentares foi maior (140,10g) quando comparado com a ingestão dos não portadores (126,70g) (dados não apresentados em tabela), resultados que podem parecer contraditórios; mas encontram explicação na forte tendência de indivíduos com sintomas de transtornos alimentares preferirem o consumo de alimentos menos calóricos (ALVES *et al*, 2008; VILELA *et al*, 2004; APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000), dentre os quais estão incluídos as frutas, verduras, leguminosas e outros vegetais. Conforme observado neste estudo, a quantidade total consumida destes itens alimentares em ambos os grupos (com e

sem transtornos alimentares) não é suficiente para suprir as necessidades nutricionais dos escolares investigados. Assim, o consumo de frutas e outros vegetais pelos portadores de sintomas de transtornos alimentares não deve ser considerado risco para ocorrência deste evento.

Consumo mais elevado de alimentos menos calóricos, a exemplo do leite desnatado, frutas e hortaliças foi também registrado por Dunker & Philippi (2003), entre as alunas portadoras de sintomas de anorexia nervosa do que entre aquelas sem sintomas. As evidências indicam, ainda, que a insatisfação com a imagem corporal é um dos principais fatores associados aos sintomas dos transtornos alimentares (AAP, 2003). A insatisfação com a imagem corporal é um importante sinal prognóstico e diagnóstico de transtornos alimentares, especialmente da anorexia nervosa (BRUCH, 1962).

Acredita-se que a insatisfação com a imagem corporal gere restrição ao consumo de alimentos, em especial daqueles considerados hipercalóricos. Tal insatisfação pode levar os indivíduos a adotarem práticas inadequadas de controle de peso, desde a restrição alimentar até o uso de diuréticos e laxantes, auto-indução de vômitos e realização de atividade física extenuante. Essas atitudes não são comumente detectadas em indivíduos satisfeitos com sua imagem corporal (BRANCO *et al*, 2006).

Identificou-se que a presença de problemas de comportamento de internalização (problemas emocionais, como ansiedade, tristeza, depressão, isolamento social e queixas somáticas) explica a prevalência 1,78 vezes maior de sintomas de transtornos alimentares, do que naqueles em que estes problemas estão ausentes. Estes achados encontram sustentação em resultados de estudos que indicam que a depressão e os transtornos alimentares, como anorexia e bulimia nervosa, estão frequentemente associados (AAP, 2000; GRILLO, 2004).

As evidências científicas indicam, ainda, que as comorbidades psiquiátricas, como os transtornos ansiosos, parece se associarem com os transtornos alimentares. Tais distúrbios, em

especial a fobia social e o transtorno obsessivo compulsivo são mais prevalentes entre os portadores de transtornos alimentares quando comparado com a população sem tais transtornos, sendo caracterizado por frequente fuga de situações sociais por esses indivíduos (MASJUÁN *et al*, 2003).

Estudo caso-controle contabilizou a ocorrência de 65% de sintomas de transtornos ansiosos entre portadoras de distúrbios alimentares, comparado com 21% entre controles (FLEITLICH, 2000). Os distúrbios alimentares comprometem aspectos psíquicos fundamentais, afetando a autonomia, ocasionando baixa autoestima e comprometendo as habilidades sociais. Consequentemente é comum a associação de transtornos alimentares com o isolamento social, sintomas depressivos e obsessivos (AAP, 2000). A relevância dessa associação encontra-se no fato de que a presença de problemas comportamentais ou de personalidade em pacientes com transtornos alimentares está associada a maior gravidade do transtorno alimentar e constitui indicativo de pior prognóstico (MASJUÁN *et al*, 2003).

Cabe salientar que este trabalho apresenta limitações inerentes aos estudos transversais, particularmente por estimar as relações entre as variáveis, resposta e de exposição, no mesmo momento, e em especial por não contemplar a temporalidade entre os eventos e, assim, não permitir a identificação das relações de causa e efeito.

Reconhece-se ainda a delicadeza das questões abordadas em muitas passagens deste estudo; mas, o treinamento e preparo técnico dos profissionais envolvidos na coleta de dados pode ter reduzido o viés de informação que poderia influenciar os resultados deste estudo.

Salienta-se ainda que o cuidado metodológico adotado na coleta dos dados, ademais da adoção do desenho estatístico adequado ao estudo, pode contribuir para a fidedignidade dos resultados.

Assim, mesmo conhecendo as limitações comentadas acima, os resultados deste estudo merecem crédito científico. Neste sentido, a alta prevalência de sintomas de

transtornos alimentares detectada, entre os escolares investigados, reforça a necessidade de intervir sobre os fatores associados à sua ocorrência visando diminuí-la. Além disso, profissionais precisam ser capacitados para fornecer orientações adequadas aos escolares, com o intuito de prevenir hábitos alimentares indevidos que exacerbem a possibilidade da ocorrência dos transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS:

ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile.** Burlington, University of Vermont, 1991. 16p.

ACHENBACH T. M. & RESCORLA, L. A. **Manual for the Achenbach of Empirically Based Assessment (ASEBA) School-Ages Forms & Profiles,** Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.

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

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art. **Pediatrics.** Illinois, v.111, 13p., jan. 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). **Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders.** Second edition, 76p, 2000.

APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr,** Rio de Janeiro, v.22, supl.II, p.28-31, 2000.

- BIGHETTI, F. **Tradução e validação do *Eating Attitudes Test (EAT-26)* em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP** [Dissertação Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003. 123p
- BORDIN, I. A. S., MARI, J. J. & CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamento da Infância e da Adolescência): dados preliminares. **Revista ABP - APAL**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.
- BORGES, C.Q.; SILA, R.C.R.; ASSIS, A.M.O.; PINTO, E. J. ET *al.* Fatores associados à anemia em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p.877-888, abr. 2009.
- BORGES, N.J.B.G.; SICCHIERI, J.M.F.; RIBEIRO, R.P.P.; MARCHINI, J.S.; SANTOS, J.E. dos. Transtornos alimentares- quadro clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 340-8, jul./set. 2006.
- BOSI, M.L.M.; LUIZ, R. R., UCHIMURA, K.Y.; OLIVEIRA, F.P.de. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.28-33, 2008.
- BRANCO, L.M.; HILARIO, M.O.E.; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 6, p.292-296, 2006.
- BRUCH, H. Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. **Psychosomatic Medicine**, v. 24, n. 2, p.187-194, 1962.
- CANDY, C.M.; FEE, V.E. Underlying Dimensions and Psychometric Properties of the Eating Behaviors and Body Image Test for Preadolescent Girls. **Journal of Clinical Child Psychology**, New York: Columbia University, v.27, n. 1, p.117-127, 1998.

CHIODINI, J.S.; OLIVEIRA, M.R.M. Comportamento Alimentar de Adolescentes: aplicação do EAT-26 em uma escola pública. **Saúde em Revista**, Piracicaba-SP, v.5, n.9, p. 53-58, 2003.

CONTI, M.A. **A imagem corporal de adolescentes: validação e reprodutibilidade de instrumentos**. Tese (Doutorado). São Paulo: Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2007, 234 p.

COOPER, P.J.; TAYLOR, M.J.; COOPER, Z.; FAIRBURN, C.G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **Int J Eating Disord**, Los Angeles, v.6, p. 485-494, 1987.

CORDÁS, T.A.; CASTILLO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares-instrumentos de avaliação: “Body Shape Questionnaire”. **Psiquiatria Biológica**, São Paulo, v.2, n.1, p.17-21, 1994.

COUTINHO, L.M.S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p. 992-8, 2008.

DOYLE, J.; BRYANT-WAUGH, R.– Epidemiology. In: Lask, B.; Bryant-Waugh R. (eds.). *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. 2nd ed. **Psychology Press**, East Sussex, UK, p.41-61, 2000.

DUBOIS, L.; FARMER, A.; GIRARD, M.; PETERSON, K.; TATONE-TOKUDA, F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.4, n.9, p.1-10, 2007.

DUNKER, K.L.L.; FERNANDES, C.P.B.; CARREIRA FILHO, D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, 2009.

DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16, n.1, p.51-60, jan./mar., 2003.

ELEUTÉRIO, C.; CAVALCANTI, V. A construção da identidade da mulher brasileira a partir do enfoque do turismo sexual na Bahia: permissivas, pecadoras e sensuais? **Navegamérica. Revista electrónica de la Asociación Española de Americanistas.** n. 2, 2009. Disponível em: <<http://revistas.um.es/navegamerica>>. Acesso em: 08 mar. 2010.

ESPÍNDOLA, C.R.; BLAY, S.L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev Psiquiatr**, v.28, n.3, p. 265-75, set/dez. 2006.

FLEITLICH, B.W; LARINO, M.A.; COBELO, A; CORDAS, T A. Anorexia nervosa na adolescência. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v.76, Supl.3, S323-S329, 2000.

GALINDO, E.M.C. **Tradução, adaptação e validação do Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto- São Paulo.** Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005, 43p.

GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. The eating attitudes test: Psychometric Features and Clinical Correlates. **Psychol Med**, v.12, p.871-8, 1982.

GONÇALVES, T.D., BARBOSA, M. P., ROSA L.C. L. da, RODRIGUES, A. M. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p.166-170, 2008.

GRILLO, Eugênio; SILVA, Ronaldo J. M. da. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 80, n. 2, abr. 2004 .

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

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression.** A Wiley-Interscience publication, New York: John Wiley & Sons, 1989.

- IRIART, J.A.B; CHAVES, J.C.; ORLEANS, R.G. de. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Cad. Saúde Pública**, Rio J, v. 25, n. 4, abr. 2009.
- ISSLER, R.M.; GIUGLIANI, E.R. Identificação de grupos mais vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza. **J Pediatr**, Rio J, v.73, p. 101-5, 1997.
- LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Abridged edition, 1988. 90p.
- MADEIRA, I. R.; AQUINO, L. A. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. **Jornal de Pediatria**, Rio J, v.79 (Supl.1), S43-S54, 2003.
- MAGALHÃES, L.P., OLIVEIRA, V.A., SANTOS, J.M. **Guia para estimar consumo alimentar**. Salvador: Núcleo de Pesquisa de Nutrição e Epidemiologia, Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, 1996
- MARSHALL, W.A.; TANNER, J.M. Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys. *Arch. Dis. Childh.*, v. 45, p. 13-23, 1970.
- MARSHALL, W.A.; TANNER, J.M. Variations in Pattern of Pubertal Changes in Girls. *Arch. Dis. Childh.*, v. 44, p. 291-303, 1969.
- MASJUÁN, M.G.; ARANDA, F.F.; RAICH, R.M. Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 3, n. 2, p. 335-349, 2003
- NASSER, M. Culture and weight consciousness. **J Psychosom Res**, v.32, n.6, p.573-7, 1988.
- QUINTERO-PÁRRAGA, E.; PÉREZ-MONTIEL, A.C.; MONTIEL-NAVA, C.; PIRELA, D.; *et al.* Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. **Invest. Clín**, v.44, n.3, set. 2003.
- ROGERS, L.; RESNICK; M. D.; MITCHELL, J. E.; BLUM, R.W. The relationship between socio-economic status and eating - disordered behaviours in a community sample of adolescents girls. **International Journal of Eating Disorders**, v.22, p. 15-23, 1997

- SILVA, M. R. da. Anorexia nervosa em crianças e adolescentes: uma experiência clínica hospitalar. **Psicoterapia e Estudos Psicossociais**, v.2, n.1, p.21-40, jan/jul. 2003.
- SILVA, C.G.C.; ANDRADE, C.A.A.; ARAÚJO, E.C.; CAVALCANTI, A.M.T.S. Riscos e fatores de risco para transtornos alimentares em adolescentes do gênero feminino. **Rev Enferm UFPE On Line**, v.1, n.2, p. 89-96, 2007.
- SUÑE, F.R.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; OLINTO, M.T.A.; PATTUSSI, M.P. Prevalência e fatores associados para o sobrepeso e obesidade em escolares de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 1361-71, jun. 2007.
- TRAEBERT, J.; MOREIRA, EA. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui Odontol Bras**. São Paulo, v.15, n.4, p.359-363, out/ dez. 2001.
- TRICHES, R.M.; GIUGLIANI, E.R.J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.20, n.2, p.119-128, mar./abr. 2007.
- VASCONSELOS, C.P. **Ser-tão baiano: a baianidade e a sertanidade no jogo identitário da cultura baiana**. IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. Salvador, 2008.
- VILELA, J. E. M. LAMOUNIER, J.A.; DELLARETTI FILHO, M. A; BARROS NETO, J. R.; HORTA, G. M. Transtornos alimentares em escolares. **J. Pediatr. Rio J.**, v. 80, n. 1, p.49-54, 2004.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, (Technical Report Series, 854), 1995. 439p.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) Multicentre Growth Reference Study Group. **WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length,**

weight-forheight and body mass index-for-age: methods and development. Geneva:
World Health Organization, 2007.

PARTE II

PROJETO DE PESQUISA

Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre
escolares da rede pública da cidade do Salvador- BA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde

THAISY CRISTINA HONORATO SANTOS ALVES

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE
TRANSTORNOS ALIMENTARES ENTRE ESCOLARES DA
REDE PÚBLICA DA CIDADE DO SALVADOR- BA**

SALVADOR – BA

2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde

THAISY CRISTINA HONORATO SANTOS ALVES

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES ENTRE ESCOLARES DA REDE PÚBLICA DA
CIDADE DO SALVADOR- BA**

Projeto apresentado ao Programa de Mestrado em Alimentos, Saúde e Nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia dos Distúrbios Nutricionais

Orientadora: Profa. Dra. Ana Marlúcia Oliveira Assis

SALVADOR - BA

2010

RESUMO

O presente estudo objetiva identificar a prevalência de sintomas de transtornos alimentares e fatores associados a sua ocorrência entre escolares de 7 a 14 anos na cidade de Salvador-Ba. Trata-se de um estudo transversal envolvendo 365 escolares, de ambos os sexos, matriculados na rede pública (municipal e estadual) de ensino fundamental da cidade de Salvador. O presente estudo encontra-se acoplado a uma investigação mais ampla intitulada “*Fatores psicossociais como elementos que repercutem nas condições de saúde, nutrição e desenvolvimento cognitivo de estudantes do ensino fundamental das escolas públicas de Salvador-BA*”, desenvolvida por docentes da Universidade Federal da Bahia. Coletaram-se informações sobre a ocorrência de insatisfação com a imagem corporal, problemas de comportamento e violência familiar, bem como dados antropométricos e alimentares, estilo de vida, características demográficas, socioeconômicas e puberais dos escolares. Para tanto, utilizaram-se instrumentos específicos. Regressão de *Poisson* foi utilizada para avaliar as associações de interesse. As análises estatísticas foram efetuadas mediante o pacote estatístico SPSS, versão 13.0. Nas análises estatísticas utilizou-se o conjunto de comandos SVY do STATA, que consideram a estrutura complexa da amostra. Em todos os testes, foi considerado o nível de significância de 5%, para aceitação das associações investigadas.

Optou-se por apresentar os primeiros resultados desse estudo na forma de artigo científico com o título: “*Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador-BA*”. Pretende-se ainda realizar a elaboração de mais três artigos com os títulos: “*Inadequações alimentares de escolares com sintomas de transtornos alimentares*”; “*Padrão alimentar de escolares com sintomas de transtornos alimentares – uma análise fatorial*” e “*Problemas de comportamento entre escolares com sintomas de transtornos alimentares*”.

Diante da escassez de estudos populacionais no Brasil envolvendo sintomas de transtornos alimentares, faz-se extremamente relevante descrever a ocorrência de tais distúrbios em crianças e adolescentes brasileiros e identificar os fatores associados ao evento. Os resultados obtidos neste estudo poderão, portanto, contribuir para a definição e proposição de políticas públicas direcionadas a essa parcela vulnerável da população.

REVISÃO DE LITERATURA

Os transtornos alimentares constituem quadros psiquiátricos de importância médico-social que podem ocasionar prejuízos relevantes à saúde por estarem associados à elevada ocorrência de morbidade e de mortalidade, em especial na adolescência e em jovens adultos (DOYLE & BRYANT-WAUGH, 2000).

Entre os transtornos alimentares mais conhecidos, destacam-se a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN).

Tais distúrbios alimentares são caracterizados por distorções individuais relacionadas com os alimentos e com o peso corporal, frequentemente resultando em padrões anormais de alimentação, que se expressam na ausência ou no excesso de ingestão alimentar; associados aos efeitos adversos sobre o estado nutricional (ADA, 2001).

Pacientes com transtornos alimentares costumam julgar a si mesmos baseando-se na avaliação intransigente e exclusiva de sua aparência física, que normalmente culmina com a visão distorcida da imagem corporal. Tal avaliação é norteadada pelo intenso medo de ganhar peso e pela frequente superestimação do tamanho do corpo como um todo ou de suas partes (AAP, 2008).

A anorexia e a bulimia nervosa têm psicopatologia comum: a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, expressa no temor de engordar, que leva os pacientes a instituírem dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos purgativos, como a provocação de vômitos e uso de laxantes visando alcançarem o corpo idealizado. Ressalva-se ainda o excesso da atividade física como integrante dos métodos utilizados para perda de peso (CLAUDINO & BORGES, 2002).

Em geral, a bulimia nervosa não compromete seriamente o estado nutricional como ocorre na anorexia. Os bulímicos geralmente se mantêm próximos ao peso normal ou até

mesmo com um leve sobrepeso. Esses indivíduos costumam alternar crises de hiperfagia com vômitos auto-induzidos. A concepção da distorção do tamanho corpóreo observada na bulimia nervosa também parece ser menor do que a observada na anorexia nervosa.

Estudos sinalizam diferenças marcantes na personalidade dos indivíduos portadores de tais transtornos. Em geral, pacientes que cursam com anorexia, parecem possuir traços de personalidade caracterizados por perfeccionismo, necessidade de organização, pouca impulsividade, medo da incerteza e de situações novas, inibição ou timidez. Em geral, tais indivíduos satisfazem no controle rigoroso da alimentação o sentimento de previsibilidade e autorealização (WADE *et al*, 2008).

Aqueles portadores de bulimia nervosa parecem apresentar personalidade frequentemente caracterizada por auto-agressividade, impulsividade e transtornos de humor (MASJUÁN *et al*, 2003). A tendência suicida e o abuso de substâncias tóxicas são mais frequentes nesse tipo de transtorno quando comparado ao observado na anorexia nervosa (ACKARD *et al*, 2008; WADE *et al*, 2008).

1. ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa, descrita pela primeira vez em 1667 (SILVERMAN *et al*, 1993), constitui o transtorno alimentar acompanhado pelo temor intenso de ganho ponderal, perturbação expressiva caracterizada pela superestimação na percepção da forma ou tamanho do corpo e condicionando a restrição alimentar.

O temor do ganho de peso torna-se característica essencial na anorexia nervosa, que, contraditoriamente, pode acentuar-se à medida que o peso é perdido (FLEITLICH *et al*, 2000). Consequentemente, esse distúrbio é marcado pela imposição da auto-restrição dietética

progressiva e insidiosa, com a frequente exclusão de alimentos supostamente associados ao ganho de peso, como os carboidratos simples e gorduras (ALVES *et al*, 2008; APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000).

A anorexia nervosa é uma doença que leva à inanição, com excessiva perda de peso auto-imposta e com grande desgaste físico e psicológico. Os indivíduos com anorexia nervosa não se percebem magros, mas sempre “gordos”, continuando a restringir regularmente suas refeições (VILELA *et al*, 2004).

São identificados dois subtipos de anorexia nervosa; um deles é o restritivo, onde prevalecem comportamentos voltados ao autocontrole da ingestão alimentar, em especial com a adoção de refeições hipocalóricas, de baixos teores lipídicos e hipoproteicas, diminuição do número diário de refeições, ou a adoção do jejum, que pode ser de algumas horas ou períodos mais longos (FLEITLICH, 2000; AAP, 2000). O segundo subtipo é o purgativo, que se caracteriza pela restrição dietética associada à prática do comportamento purgativo após o consumo alimentar. Pacientes anoréxicos podem alternar entre o subtipo restritivo e o purgativo em diferentes períodos de sua doença (FLEITLICH, 2000; AAP, 2000).

De acordo com o DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (APA, 1994), o diagnóstico clínico de anorexia nervosa é definido por meio dos seguintes critérios: perda de peso e recusa em deixá-lo dentro da faixa normal ($\geq 85\%$ do esperado); receio de ganho de peso mesmo quando se está abaixo do peso adequado; auto-avaliação excessivamente centralizada no peso e forma corporais; negação ou descrença quanto ao baixo peso e amenorréia por 3 ciclos consecutivos.

O prognóstico da anorexia nervosa em longo prazo tem sido bem descrito em todo o mundo. Os estudos registram aproximadamente 50 a 80% de recuperação total da doença, 20 a 30% de recuperação parcial e 10% de recidiva (STEINHAUSEN, 2002; ZIPFEL, 2000).

2. BULIMIA NERVOSA

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios recorrentes de grande voracidade alimentar; seguidos por condutas purgativas (auto-indução de vômitos ou uso indiscriminado de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite ou enemas) ou não purgativas (jejuns e exercícios físicos excessivos), visando eliminar as calorias ingeridas e conseqüentemente controlar o peso e a forma corporais (ROMARO & ITOKAZU, 2002; ESPÍNDOLA & BLAY, 2006).

Segundo o DSM IV (APA, 1994), os critérios diagnósticos específicos para bulimia nervosa compreendem os episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle na ingestão de alimentos); métodos compensatórios (purgativos ou não) para prevenção de ganho de peso; frequência dos episódios compulsivos, em que ocorre grande voracidade alimentar e dos compensatórios pelo menos duas vezes por semana durante três meses consecutivos; auto-avaliação encontra-se excessivamente centralizada no peso e forma corporais.

Os indivíduos que apresentam bulimia nervosa normalmente mantêm a compulsão alimentar e o comportamento purgativo sob sigilo; em geral, não apresentam o estado nutricional seriamente comprometido (VILELA *et al*, 2004).

Similar aos demais tipos de transtornos alimentares, a bulimia nervosa, se caracteriza por levar à percepção física do peso e da forma do corpo distorcidos (ACKARD *et al*, 2008).

Como características adicionais, os indivíduos têm nítida dificuldade em identificar as próprias emoções, manifestando baixa auto-estima, elevado nível de ansiedade, baixo limiar à frustração e difícil controle dos impulsos nervosos (ACKARD *et al*, 2008).

O indivíduo elege padrões de beleza praticamente inatingíveis como símbolo de sucesso, e a magreza é o eixo correspondente às suas aspirações, em consonância com as tendências da sociedade em que vive. Ao imaginar que não atingiu suas metas, sente-se

deprimido, fracassado e mantém os episódios de compulsão alimentar, com conseqüente culpa e depressão (BEHAR, 1994).

3. EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Segundo a ADA (American Dietetic Association), na atualidade, mais de cinco milhões de americanos sofrem de transtornos alimentares. Aproximadamente 5% das mulheres e 1% dos homens apresentam anorexia, bulimia ou outros distúrbios ligados à alimentação. Acredita-se ainda que aproximadamente 85% dos casos de transtornos tenham seu início no período da adolescência (ADA, 2001).

A anorexia nervosa ocorre predominantemente em mulheres jovens de 15 a 25 anos de idade, com prevalência variando de 0,5 a 3,7% na população mundial (AAP, 2000; CLAUDINO & ZANELLA, 2005), podendo ocorrer também em pré-púberes, adolescentes, independentemente do sexo, e mulheres próximas à menopausa (MARCHI & COHEN, 1990). A maioria dos estudos indica que a anorexia nervosa geralmente se inicia na adolescência e é mais prevalente em mulheres. No entanto, atualmente a ocorrência dessa doença parece estar aumentando progressivamente tanto em crianças quanto em indivíduos do sexo masculino (AAP, 2008).

A prevalência da bulimia nervosa varia de 3 a 5% na população adolescente e adulta. Em países como a França, acredita-se que a prevalência média seja de 1,3% em adolescentes, correspondendo a 0,6% no sexo masculino e 1,9% no feminino (LEDOUX, 1991).

As taxas de mortalidade por anorexia nervosa variam de 5 a 15% em todo o mundo (STEINHAUSEN, 2002; ZIPFEL, 2000). No entanto, percentuais mais baixos têm sido

registrados para a Inglaterra (3,3%) (PATTON, 1988). As causas da morte são creditadas principalmente ao suicídio e aos eventos cardiovasculares (CAÑETE *et al*, 2008).

As informações sobre o prognóstico da bulimia nervosa em pacientes não tratados são escassas. A taxa de mortalidade é de aproximadamente 1% em pacientes de todo o mundo em tratamento (AAP, 2000), embora na Inglaterra sejam registrados percentuais mais altos, de 3,1%, para mortalidade por bulimia nervosa (PATTON, 1988).

A prevalência de transtornos do comportamento alimentar parece estar aumentando também em outros países, tais como Espanha, Argentina e Ilhas Fiji (ADA, 2001). No Brasil, acredita-se que a ocorrência de transtornos alimentares segue a mesma tendência de aumento (CAMPOS, 2002).

A prevalência de sintomas de transtornos alimentares no Brasil tem variado entre os estudos. Alves *et al* (2008) encontraram 15,6% de sintomas para anorexia nervosa entre adolescentes do sexo feminino no município de Florianópolis, em Santa Catarina. Dunker & Philippi (2003), estudando adolescentes do mesmo sexo na cidade de São Paulo, identificaram 21,1% de sintomas para esse transtorno.

Prevalência diferenciada para os sintomas de transtornos alimentares e suas formas específicas de apresentação, tem sido registrada por outros autores entre crianças e adolescentes. Neste sentido, são observados 13,3% de sintomas de transtornos alimentares em indivíduos de 7 a 19 anos de ambos os sexos em seis cidades do interior de Minas Gerais. E, destes 1,1% se enquadravam entre aqueles com sintomas sugestivos de bulimia nervosa (VILELA *et al*, 2004).

Gonçalves *et al* (2008) identificaram 10,3% de sintomas da anorexia entre estudantes de Educação Física e 14,1% para estudantes de Nutrição (média de idade de 23,6 anos), em universidade no interior do Estado de São Paulo. Prevalência muito mais elevada (26,3%) de comportamento alimentar considerado de risco para ocorrência de transtornos alimentares, foi

identificada por Bosi *et al* (2008) entre estudantes de educação física de 21,7 anos [DP= 3,5] de idade em uma universidade pública do município do Rio de Janeiro.

Assim, pode-se observar que as prevalências dos sintomas de transtornos alimentares variam entre grupos específicos de crianças e adolescentes de regiões diferenciadas do Brasil. Possivelmente esses resultados tendem a variar de acordo com os métodos de coleta ou análise e a população avaliada (Tabela 1). A ausência de dados populacionais para o país impede que seja traçada a distribuição epidemiológica e a ocorrência do evento entre a população brasileira.

QUADRO 1: Estudos sobre sintomas de transtornos alimentares no Brasil na última década*

Autor	Ano	População estudada	Idade (anos)	Local	Resultados encontrados
Nunes <i>et al</i>	2001	513 mulheres	12 a 29	Porto Alegre - RS	30,2% - comportamento alimentar de risco 37,8% - consideravam-se gordas
Chiodini & Oliveira	2003	250 estudantes	14 a 16	Rio Claro – SP	8,3% das meninas e 3,7% dos meninos – comportamento alimentar divergente do aceitável (EAT +)
Dunker & Philippi	2003	279 alunas	15 a 18	São Paulo-SP	21,1% - sintomas de anorexia nervosa
Vilela <i>et al</i>	2004	1.807 estudantes	7 a 19	Minas Gerais	13,3% - possíveis transtornos alimentares 1,1% - possíveis casos de bulimia nervosa 59% - insatisfação com imagem corporal
Silva <i>et al</i>	2007	60 adolescentes	10 a 19	Recife – PE	14% - comportamentos bulímicos
Alves <i>et al</i>	2008	1148 adolescentes sexo feminino	10 a 19	Florianópolis-SC	15,6% - sintomas de anorexia nervosa
Bosi <i>et al</i>	2008	191 alunas de educação física	Média: 21,7 (DP= 3,5)	Rio de Janeiro - RJ	26,29% - comportamento alimentar anormal
Gonçalves <i>et al</i>	2008	227 estudantes de nutrição e de educação física	Média: 22 a 23	Taubaté-SP	10,3%- sintomas de AN nos estudantes de educação física 14,1%- sintomas de AN nos estudantes de nutrição
Cenci <i>et al</i>	2009	220 universitárias	Média: 20,2 (DP = 2,8)	Florianópolis-SC	3,6% - sintomas de bulimia nervosa
Dunker <i>et al</i>	2009	183 escolares adolescentes	15 a 18	São Paulo- SP	34,3%- sintomas de transtornos- (EAT)- escola particular 28,4%- sintomas de transtornos- (EAT)- escola pública
Kirsten <i>et al</i>	2009	186 alunas de Nutrição	21 a 25	Rio Grande do Sul	24,7% de sintomas de transtornos alimentares.
Sampei <i>et al</i>	2009	544 adolescentes do sexo feminino	10 a 11; 16 a 17	São Paulo - SP	Adolescentes caucasianas: maiores escores no EAT, maior insatisfação com imagem corporal e faziam mais dieta

* Este resumo de estudos exclui aqueles realizados com atletas

4. FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

As evidências científicas indicam que a etiologia dos transtornos alimentares seja multifatorial. Alguns dos possíveis fatores de risco encontram-se diretamente associados ao indivíduo, enquanto outros se relacionam à família ou ao ambiente, podendo influenciar direta ou indiretamente na ocorrência dos distúrbios alimentares.

4.1. FATORES ASSOCIADOS AO INDIVÍDUO

De acordo com a literatura, a adolescência é o ciclo da vida mais envolvido na ocorrência do evento. Essa fase é marcada por mudanças biológicas, físicas, psíquicas e sociais. O corpo ganha nova configuração. Inicia-se a preocupação com a nova forma e o peso do corpo, levando o indivíduo a construir a percepção da imagem corporal em seu imaginário adaptada à sua percepção da adequação ponderal (AAP, 2008).

É consenso entre os estudiosos a ocorrência elevada da insatisfação com o corpo durante a adolescência e pré-adolescência, especialmente no sexo feminino, tanto na dimensão emocional (insatisfação) como na dimensão perceptiva (superestimação). Tal insatisfação pode se manifestar negativamente em alterações no comportamento alimentar, na auto-estima e no desempenho psicossocial, físico e cognitivo do indivíduo (ALVES *et al*, 2008; BRANCO *et al*, 2006; KOSTANSKI *et al*, 2004; TRICHES & GIUGLIANI, 2007).

Na adolescência ocorre o desenvolvimento acentuado da formação da identidade, dos valores sociais e do senso de independência social e emocional. Tais características definem o

ato de controlar ou restringir a ingestão dos alimentos, que associado aos fatores psicológicos individuais e familiares e ao forte apelo sociocultural do culto à magreza, pode predispor o adolescente ao transtorno alimentar (DUNKER & PHILIPPI, 2003; FONSECA & RENA, 2008).

Segundo Killen *et al* (1994), a preocupação excessiva com o peso, a insatisfação corporal e a história de realização de dietas no início da adolescência constituem fatores preditores da ocorrência de distúrbios alimentares nos anos subsequentes.

Evidências sugerem ocorrência cada vez mais precoce de problemas de comportamento alimentar em crianças (DUBOIS *et al*, 2007; AAP, 2003). Entretanto, o conhecimento da ocorrência e distribuição deste evento na infância ainda é escasso. Existem limitações importantes para o diagnóstico de transtorno alimentar na infância, em especial pela ausência de critérios para diagnóstico. Um exemplo é o quesito sobre a amenorréia, que não pode ser utilizado como critério diagnóstico para meninas que ainda não apresentaram menarca (CLAUDINO & ZANELLA, 2005) e se constitui em um indicador biológico de relevância para o diagnóstico e prognóstico do evento. Neste sentido, esforços devem ser adotados para a validação e ponderação dos testes existentes ou a construção de novos indicadores.

Além disso, a recusa alimentar e a inapetência na infância são queixas frequentes nas consultas pediátricas, sem que isso signifique necessariamente transtorno alimentar (MADEIRA & AQUINO, 2003). Por conta dos aspectos supramencionados, visando obter informações reais sobre a prevalência de transtornos alimentares na infância, o diagnóstico de anorexia nervosa precisa ser determinado de forma minuciosa e mais específica nessa faixa etária. Sugere-se levar em consideração especialmente a perda ou manutenção ponderal, as distorções de pensamento sobre o peso e a forma física corpórea (CLAUDINO & ZANELLA, 2005).

A relação dos transtornos alimentares registrada entre os sexos masculino e feminino é de 1:10, podendo variar de 1:6 a 1:20 de acordo com os critérios utilizados (AAP, 2000; FLEITLICH, 2000; MELIN & ARAÚJO, 2002).

Possivelmente, a mais elevada ocorrência dos transtornos alimentares nas mulheres, deva-se à cobrança social e a influência da mídia em estimular a busca da magreza e do corpo perfeito como o padrão de beleza entre as mulheres (SERRA & SANTOS, 2003). Estas condições motivam o interesse dos estudiosos na abordagem deste evento em meninas, sendo os homens rotineiramente excluídos das amostras dos estudos que versam sobre este objeto (MELIN & ARAÚJO, 2002). Possivelmente isto explique a escassez de informação, em todo o mundo, sobre a magnitude da ocorrência dos transtornos alimentares no sexo masculino.

A distorção da imagem corporal parece ser um dos primeiros sintomas associados aos distúrbios alimentares, podendo ser detectada precocemente (AAP, 2003). Bruch (1962) desenvolveu a primeira teoria a respeito da distorção da imagem corporal nos transtornos alimentares, identificando-a como um importante sinal prognóstico e diagnóstico, especialmente na anorexia nervosa.

A insatisfação com a imagem corporal pode frequentemente levar os indivíduos a adotar práticas inadequadas de controle de peso, que vão desde a restrição ao consumo de alimentos, em especial daqueles considerados hipercalóricos até o uso de diuréticos e laxantes, auto-indução de vômitos e realização de atividade física extenuante. Esses comportamentos não são detectados em indivíduos satisfeitos com a auto-imagem corporal. Conseqüentemente, o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares é maior quando os indivíduos estão insatisfeitos com sua imagem corporal (BRANCO *et al*, 2006).

Outro elemento que norteia a discussão sobre o comportamento dos portadores de transtornos alimentares diz respeito à prática alimentar e às escolhas dos alimentos. Neste sentido, ao estudar os hábitos e comportamentos alimentares de escolares adolescentes

portadoras de transtornos alimentares, Dunker & Philippi (2003) identificaram em uma amostra de adolescentes, que a ingestão de alimentos associados à dieta equilibrada, a exemplo do leite desnatado, frutas e hortaliças, era mais acentuada entre as portadoras de sintomas de anorexia nervosa do que entre aquelas sem os referidos sintomas; embora não seja discutido, a quantidade dos alimentos ingeridos. Considerando a tendência para baixa ingestão alimentar por portadores de transtornos alimentares, pode-se presumir que embora esses indivíduos possam se preocupar em selecionar alimentos considerados menos calóricos, a quantidade ingerida não seja suficiente para suprir suas necessidades nutricionais.

Reforça essa conclusão o fato de os alimentos mais calóricos, como batata frita macarrão, refrigerantes, chocolate em barra, embora tivessem sido destacados como de maior preferência entre todas as investigadas, não tiveram registros entre as aquelas com sintomas de transtornos. Os resultados deste estudo indicam ainda que a frequência regular do consumo de balas em pequena quantidade pelas adolescentes com sintomas de transtornos, sugerem que essa guloseima é utilizada como forma de suprimir a fome ou, ainda, “enganar o estômago” (DUNKER & PHILIPPI, 2003).

Outros fatores que parecem se associar com os transtornos alimentares são as comorbidades psiquiátricas, incluindo os transtornos ansiosos. Tais transtornos, em especial a fobia social e o transtorno obsessivo compulsivo são mais prevalentes entre os portadores de transtornos alimentares quando se compara com a população sem tais transtornos (MASJUÁN *et al*, 2003). Resultado de estudo caso-controle relata a ocorrência de 65% de transtornos ansiosos entre portadoras de distúrbios alimentares, comparado com 21% observado entre os controles (FLEITLICH, 2000). É relatada ainda a associação de anorexia nervosa com o isolamento social, sintomas depressivos e obsessivos (AAP, 2000).

4.2. FATORES ASSOCIADOS À FAMÍLIA E AO AMBIENTE

Dentre os fatores de risco familiares associados aos transtornos alimentares destaca-se o nível socioeconômico. Até recentemente os resultados de estudos ocidentais mostravam que apenas os indivíduos das classes socioeconômicas mais elevadas eram afetados por esses distúrbios (NASSER, 1988). Porém, mais recentemente, estudos têm mostrado pouca ou nenhuma associação entre estes eventos (ROGERS *et al*, 1997), permanecendo esta condição como um dos mais controvertidos fatores de risco para esta ocorrência.

A possibilidade de desenvolver transtorno alimentar pode se associar também à história familiar de obesidade, de ansiedade, de transtornos de humor, ou até mesmo de abuso de substâncias tóxicas (GARNER & GARFINKLE, 1997; AAP, 2003). Acredita-se também que a relação entre pais e filhos – principalmente com as mães – possa exercer influência direta sobre a ocorrência de problemas associados à alimentação e indireta sobre a satisfação com o peso e forma corporal. Essa influência parece ser mais evidente entre meninas (BÄCK, 2005).

Segundo Dare (1985), algumas características do ambiente familiar podem se associar à anorexia, a exemplo de super proteção ou excessiva dependência entre os membros da família. Estudos indicam ainda que adversidades na infância, incluindo maus tratos, negligência física e emocional, abuso físico ou sexual e relações conflituosas com os pais podem contribuir para o desenvolvimento de distúrbios alimentares (JOHNSON *et al*, 2002).

Alguns fatores isolados, a exemplo da profissão exercida ou esporte executado pelo indivíduo parecem se associar também com a ocorrência de transtornos alimentares. É postulado que grupos específicos da população, que possuem o esporte, a moda ou os alimentos como foco de trabalho, como atletas, modelos, profissionais de culinária, de nutrição ou de educação física estão em risco de desenvolver transtornos alimentares.

Acredita-se também que indivíduos portadores de doenças cujo tratamento se focaliza na conduta dietoterápica restritiva, possuem maior tendência para desenvolver transtornos alimentares (BOSI *et al*, 2008; GARNER & GARFINKEL, 1980; GONÇALVES *et al*, 2008; AAP, 2003).

Na sociedade atual há, ainda, inegável valorização da forma estética enquanto fator de representação social e de valorização individual. Ser belo, jovem e magro tornou-se característica determinante da sociedade contemporânea (ANDRADE & BOSI, 2003).

Ao longo do tempo o conceito de corpo saudável ou bonito tem sofrido transformações. No período pré-industrial (séculos XVII e XVIII) até o início da segunda revolução industrial (início do século XIX), a mulher era desejada por possuir o corpo roliço, devido à deposição de gorduras em quadris, coxas, barriga e mamas. Possivelmente pelo fato de na época pré-industrial, os períodos de carência alimentar terem sido mais frequentes, a mulher de peso excessivo simbolizava uma mulher forte, com energia suficiente para enfrentar esses períodos conturbados e ser capaz de proteger sua família, permanecendo esta visão até o início do século XX. Atualmente, entretanto, estabelece-se a ditadura da magreza como bela e necessária para que se obtenha consentimento da sociedade (NIEMEYER & KRUSE, 2008). A pressão social em busca constante pela magreza é, portanto, considerada como fator de risco na ocorrência dos transtornos alimentares (SILVA *et al*, 2007; FLEITLICH *et al*, 2000; FONSECA & RENA, 2008).

Uma das demonstrações dessa pressão social são os meios de comunicação atuais, que veiculam notícias, representações e expectativas que, ao mesmo tempo em que estimulam a realização de cirurgias plásticas, realização de exercícios físicos e o uso de produtos alimentares para emagrecimento, instigam o consumo de lanches tipo “fast food” (SERRA & SANTOS, 2003).

De acordo com o filósofo Foucault, o discurso é uma prática que forma os objetos de que fala. Segundo esse aforismo, a mídia pode ser compreendida como uma instância que exerce importante papel na formação das pessoas: ensina modos de ser, estar e se portar no mundo, conhecimentos de si mesmo e dos outros, valores, normas e procedimentos. Assim, em qualquer sociedade, o corpo está aprisionado nestes poderes discursivos que lhe impõem limitações, proibições e obrigações (FOUCAULT, 1983; NIEMEYER & KRUSE, 2008).

Muitas vezes as matérias apresentadas pela mídia associam o gasto energético e a perda de peso aos cenários mágicos e lúdicos, que seduzem o indivíduo a adoção de dieta. Além disso, constantemente remetem à idéia da sedução social e cultural do corpo esteticamente perfeito ou “em forma”. Assim a beleza e a adoção da dieta tornam a pessoa leve, uma pessoa-luz que reúne os atributos de uma sociedade em que o brilho e a leveza são qualificadores essenciais (SERRA & SANTOS, 2003).

Quando o indivíduo não se enxerga neste cenário ilusório, tem insatisfação com sua imagem corporal, tendendo a experimentar métodos fáceis e rápidos para emagrecimento, mas que não garantem a adoção de um comportamento alimentar que promova a saúde (SERRA & SANTOS, 2003).

Do anteriormente exposto, pode-se concluir que os transtornos alimentares constituem distúrbios de etiologia multifatorial, associados às conseqüências físicas, emocionais e psicológicas, alterando o negativamente o quadro de saúde e nutrição do indivíduo. Neste sentido, faz-se necessária a determinação dos principais fatores associados à ocorrência dos transtornos, alimentares visando contribuir para a prevenção de sua ocorrência e para garantir adequada qualidade de vida aos grupos envolvidos.

5. CONSEQUÊNCIAS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

As consequências fisiopatológicas dos transtornos do comportamento alimentar podem ser semelhantes àquelas identificadas no estado de desnutrição grave, ressaltando as repercussões mais acentuadas nos sistemas metabólicos e endócrinos.

Dentre as alterações metabólicas, encontram-se a hipercolesterolemia e a hipoglicemia (FLEITLICH, 2000; ASSUMPÇÃO & CABRAL, 2002). No campo das alterações endócrinas a hipertrofia das glândulas parótidas constitui uma das características endócrinas comumente observadas entre indivíduos portadores de transtornos alimentares (ASSUMPÇÃO & CABRAL, 2002).

Nos indivíduos do sexo feminino, podem ser destacadas a amenorréia e redução do tamanho dos ovários, os quais podem se enquadrar em estágios pré-puberais com múltiplos e pequenos folículos; involução do tamanho mamário e perda parcial dos pelos pubianos. No sexo masculino, a anorexia nervosa se associa com a redução da libido corporal; com os níveis baixos de testosterona, FSH e LH; estes por sua vez se relacionam com a redução do volume testicular e com oligo ou azospermia. Estas condições que podem persistir mesmo após a recuperação do peso (PIRKE *et al*, 1988).

Quando os transtornos alimentares acometem crianças ou adolescentes, levam a restrição no ganho ponderal e linear e atraso ou interrupção do desenvolvimento puberal (FLEITLICH, 2000).

Anemia, leucopenia, hipotensão, hipocalcemia, dilatação gástrica e obstipação estão entre as diversas manifestações de variados sistemas que podem acometer portadores de transtornos do comportamento alimentar (ASSUMPÇÃO & CABRAL, 2002).

A maioria das complicações clínicas decorrentes dos transtornos alimentares em adolescentes regride após a recuperação nutricional, porém alguns sinais e sintomas são

potencialmente irreversíveis, mesmo após a reabilitação. Dentre estes, incluem-se o frequente retardo do crescimento físico, quando o transtorno ocorre antes do fechamento das epífises, por volta dos 18 aos 21 anos; perda de esmalte dental ocasionada pela acidez gerada pelos vômitos freqüentes; alterações cerebrais detectadas em tomografia cerebral ou ressonância magnética, incluindo déficits de massa cinzenta e aumento do volume de líquido cefalorraquidiano; retardo do desenvolvimento puberal e comprometimento da aquisição de massa óssea, com predisposição à osteoporose e risco aumentado para fraturas (KATZMAN, 1997; SAF, 2003; TRAEBERT & MOREIRA, 2001).

Os transtornos alimentares também ocasionam prejuízos emocionais e sociais. Os indivíduos tendem a apresentar deficiência na habilidade para reconhecer e lidar com seus próprios sentimentos e para discriminar sensações que correspondem a si e ao outro (CAÑETE *et al*, 2008; SILVA, 2003). Possuem fragilidade em sua identidade pessoal, percepção perturbada das experiências corporais e pouca capacidade para distinguir o que é a força necessária para a vida e o que é destrutivo. Assim, embora tais indivíduos reconheçam os riscos, os desconsideram plenamente (SILVA, 2003; GIORDANI, 2006).

Portanto, diante do exposto, faz-se essencial a detecção precoce da doença, a fim de estabelecer medidas de controle do avanço dos sinais e sintomas, proporcionando assim a recuperação mais rápida do distúrbio e a prevenção das alterações e sequelas permanentes que podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos.

6. TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Para a anorexia nervosa, estudo de revisão, incluindo especificamente os desenho de seguimento de pelo menos 4 anos de duração, registrou que 44% dos pacientes portadores de

anorexia nervosa apresentaram “boa” recuperação do peso, expressa no ganho ponderal de 15% para a altura, além de regularização menstrual; para 24% deles a recuperação foi considerada ruim, ou seja, o ganho do peso não atingiu os 15% para altura em nenhum dos períodos de avaliação e manteve-se a ausência da menstruação ou ciclos esporádicos e aproximadamente 28% dos resultados foram considerados intermediários. Registrou-se 5% de óbitos (AAP, 2000).

O prognóstico em longo prazo de pacientes com bulimia nervosa é menos conhecido. É considerado que nos indivíduos que receberam tratamento psicossocial ou medicação, a taxa de sucesso em curto prazo variou de 50 a 70%. Após tratamento com duração de 6 meses a 6 anos, as recidivas corresponderam de 30 a 50% dos casos. Registrou-se lenta recuperação no decorrer de 10 a 15 anos de seguimento. Em estudo de intervenção de seis anos de duração para o tratamento de bulimia nervosa, 60% dos pacientes apresentaram resultados de recuperação considerados bons, 29% foram de sucesso intermediário, 10% dos resultados foram classificados como ruins. Registrou-se 1% de morte entre os pacientes nesta intervenção (AAP, 2000).

O principal objetivo do tratamento dos transtornos alimentares é a recuperação ou manutenção do peso saudável (associado à restauração do crescimento e desenvolvimento em crianças e adolescentes), normalização do padrão alimentar, da percepção da fome e da saciedade e correção das seqüelas psicológicas, hormonais e endócrinas (AAP, 2000).

Ademais, soma-se a recomendação de tratar as complicações físicas presentes, corrigir as atitudes associadas ao transtorno alimentar, tratar condições psiquiátricas, buscando a regulação do humor, elevar a auto-estima e corrigir os problemas de comportamento social (AAP, 2000; LATTERZA *et al*, 2004).

O programa de reabilitação nutricional deve estabelecer metas atingíveis. O ganho de 900 g a 1,3 kg/semana para pacientes hospitalizados é o esperado e 250 g a 450 g/semana para

pacientes de ambulatório. Os níveis de ingestão calórica devem começar com 30 a 40kcal/ kg/ dia e deve avançar progressivamente até 70 a 100kcal/ kg/ dia na fase final do tratamento. Na fase de manutenção ponderal e crescimento contínuo, orientam-se níveis de ingestão de 40 a 60kcal/ kg/ dia (AAP, 2000).

Os programas de reabilitação nutricional devem lidar ainda com as preocupações dos pacientes sobre o ganho ponderal e mudanças da imagem corporal, educando-os sobre os riscos de transtorno alimentar, além de fornecer apoio emocional e psicológico aos pacientes e seus familiares.

Intervenções psicossociais para tratamento de anorexia nervosa devem envolver a resolução dos conflitos psicodinâmicos individuais e da complexidade dos relacionamentos familiares, através do envolvimento de membros da família durante o tratamento do paciente, bem como o controle dos distúrbios psiquiátricos detectados (AAP, 2000).

As intervenções individuais psicoterápicas têm duração de aproximadamente um ano, mas pode persistir por 5 ou 6 anos, em decorrência de muitas características psicopatológicas resistentes ao tratamento e à necessidade de apoio na recuperação. A possibilidade de psicoterapia em grupo deve ser avaliada com cuidado, devido ao risco de competição entre pacientes para ser o mais magro, o mais doente ou pela difícil observação do curso crônico de outros pacientes do grupo (AAP, 2000).

Quanto à bulimia nervosa, o tratamento psicossocial que se mostra mais eficaz na recuperação dos pacientes é a terapia cognitiva comportamental, que se foca em abordar as conexões entre o que o indivíduo pensa sobre si mesmo e o reflexo de tal pensamento em suas ações. Por outro lado, a psicoterapia interpessoal para a reabilitação de tais pacientes tem sido destacada também como viável (AAP, 2000).

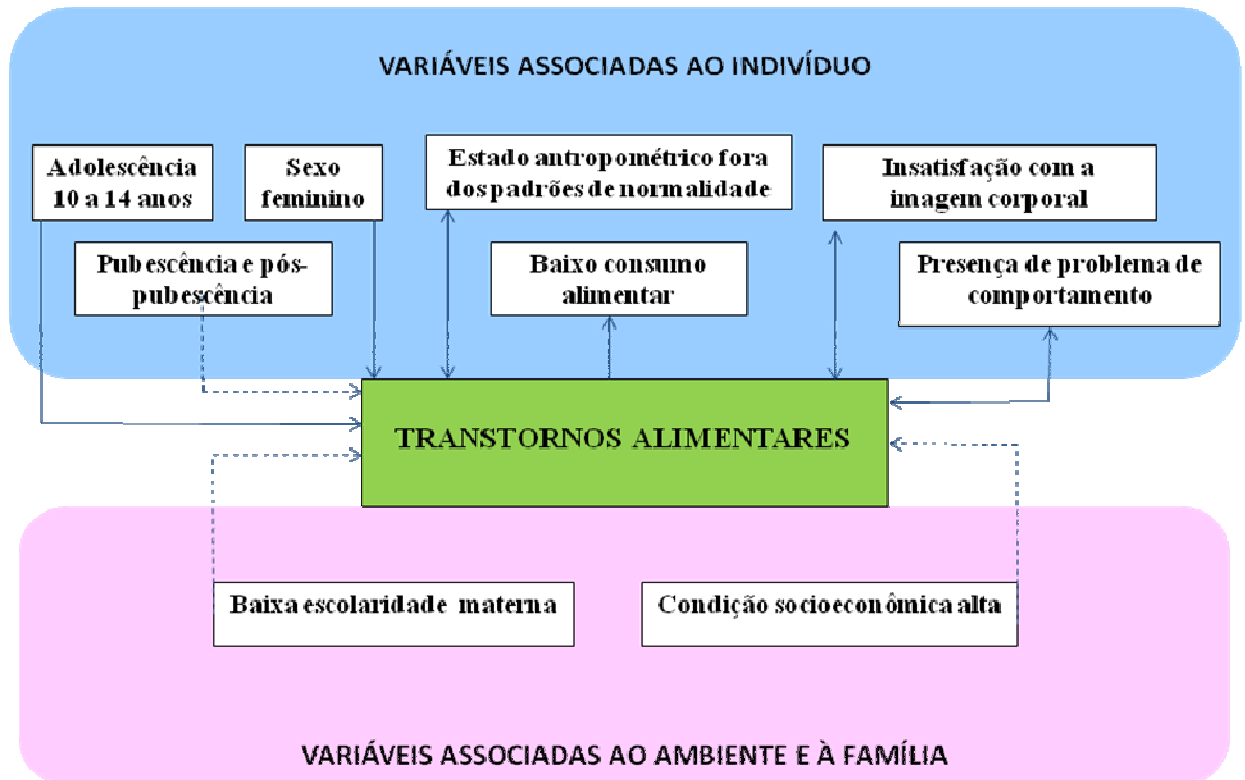
As evidências indicam que o tratamento medicamentoso com drogas psicotrópicas, não responde à recuperação do paciente portador de anorexia nervosa (AAP, 2000).

Medicamentos antidepressivos parecem ser eficazes como componentes do tratamento inicial para a maioria dos pacientes com bulimia nervosa. Inibidores seletivos de recaptção da serotonina (SSRIs) são atualmente considerados os mais seguros antidepressivos. Outras variedades de drogas antidepressivas podem auxiliar na redução de sintomas de compulsão alimentar e purgativos, contribuindo na prevenção de recaídas entre os doentes em quadro clínico de remissão (AAP, 2000).

Em geral, a avaliação da necessidade de medicações antidepressivas é considerada em especial para prevenir a recidiva após recuperação ponderal ou para tratar características associadas à anorexia nervosa, como a depressão ou problemas de transtorno obsessivo-compulsivo (AAP, 2000).

Sempre que possível, a família deve ser envolvida no tratamento, especialmente para os adolescentes que ainda residem com os pais (AAP, 2000).

FIGURA 1. Modelo teórico do objeto de estudo



RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Os estudos sobre sintomas de transtornos alimentares no Brasil, em especial na Bahia, são escassos, principalmente aqueles que adotam amostras populacionais de crianças e adolescentes.

Remete-se, assim, à importância de ampliar o volume das pesquisas com a utilização de instrumentos específicos para o rastreamento de sintomas de transtornos alimentares no país, visando descrever a ocorrência de tais distúrbios em crianças adolescentes brasileiras e a identificação dos fatores associados ao evento. A identificação precoce dos transtornos da conduta alimentar permitirá ainda diminuir o risco da gravidade e a recuperação precoce da doença.

Os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir para a definição e proposição de políticas públicas direcionadas a essa parcela vulnerável da população.

OBJETIVOS

GERAL:

- Identificar os fatores associados aos sintomas de transtornos alimentares entre escolares de 7 a 14 anos da cidade do Salvador-BA.

ESPECÍFICOS:

- Determinar a prevalência de sintomas de transtornos alimentares entre os escolares;
- Identificar o estado antropométrico e caracterizar o consumo alimentar da população em estudo;
- Identificar a percepção dos escolares sobre a sua imagem corporal;
- Identificar a ocorrência de problemas de comportamento entre tais escolares;
- Identificar os fatores associados à ocorrência de sintomas de transtornos alimentares entre escolares de 7 a 14 anos de idade;

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal envolvendo 365 escolares de 7 a 14 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados na rede pública de ensino fundamental da cidade de Salvador.²

População e amostra

O processo amostral envolveu um desenho complexo estruturado na amostragem por conglomerado em três estágios, o primeiro representado pelos distritos sanitários; o segundo pelas escolas estaduais e municipais e o último pelos alunos. Optou-se por realizar a coleta de dados para o estudo sobre ocorrência de sintomas de transtornos alimentares apenas em escolares da rede pública devido à dificuldade imposta pelas escolas particulares na abordagem dos alunos.

Utilizaram-se as informações do banco de matrícula disponibilizado pelas Secretarias de Educação e Cultura do Município - SME e de Educação do Estado da Bahia no ano de 2008, constando de 217 escolas estaduais (com contingente de 103.924 alunos) e 354 escolas municipais (com 114.464 alunos), sendo essas distribuídas nos 12 distritos sanitários da cidade de Salvador-BA. Por questões logísticas para equacionar a coleta de dados, selecionaram-se aleatoriamente 6 distritos para integrarem a amostra do estudo, os quais

²Constitui um subprojeto de um estudo mais amplo intitulado “*Fatores psicossociais como elementos que repercutem nas condições de saúde, nutrição e desenvolvimento cognitivo de estudantes do ensino fundamental das escolas públicas de Salvador-BA*” desenvolvido por docentes do Instituto de Saúde Coletiva e da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia e coordenado pela professora Dr^a Rita de Cássia Ribeiro Silva.

comportavam 117 escolas estaduais (com 58.059 alunos) e 173 municipais (com 56.555 alunos).

A amostra deste estudo é composta por 365 escolares, correspondendo a 30% da amostra de uma investigação que avaliou os fatores associados à anemia em escolares da cidade de Salvador (BORGES *et al*, 2009). Considerando que esta amostra não foi estimada levando-se em conta o objeto investigado neste estudo, decidiu-se por calcular o erro amostral *a posteriori*. Nestas circunstâncias e com base na prevalência de transtornos alimentares de 23,0% identificada neste estudo, o número amostral previamente adotado permite determinar os fatores associados à estes transtornos com erro de 3%.

Assim, estimou-se o número amostral de 365 escolares (208 em escolas estaduais e 157 em municipais). Foram selecionados sistematicamente 3 alunos em cada escola municipal e 6 em cada estadual.

Aspectos éticos

O estudo teve seu protocolo aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Anexo 1).

Após o conhecimento dos objetivos do estudo, os pais ou responsáveis pelo escolar foram convidados a participar. Aqueles que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2); os analfabetos o fizeram por meio da impressão digital.

Visando atender aos pressupostos éticos, em caso do escolar apresentar algum problema de nutrição e/ou saúde, os pais foram informados do problema e a criança ou adolescente foi encaminhado ao serviço de saúde local para o tratamento adequado.

Coleta das informações e instrumentos utilizados

A equipe de trabalho foi treinada nos pressupostos da pesquisa científica. Realizou-se o estudo piloto para a adequação da logística de campo e da utilização dos instrumentos e das técnicas de medidas.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março a dezembro de 2008.

A coleta das informações sobre a imagem corporal, sintomas de transtornos alimentares e avaliação de problema de comportamento, foi realizada por psicólogos treinados, utilizando-se dos métodos apropriados.

A avaliação antropométrica foi realizada por meio da medição da altura e do peso. Tal avaliação, assim como a coleta de informações sobre o consumo alimentar, foi realizada por nutricionistas treinados.

Com exceção das informações socioeconômicas e referentes a problema de comportamento, que foram respondidos pelas mães ou responsáveis pelos indivíduos participantes da pesquisa, todos os dados foram fornecidos pelos escolares e registrados em questionários apropriados.

A coleta de dados dos participantes da pesquisa foi realizada na escola, sendo que as informações fornecidas pelas mães ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes foram coletadas, na maioria dos casos, em sua residência.

TESTES PSICOMÉTRICOS

A coleta das informações das variáveis psicológicas, por meio dos testes psicométricos foi realizada em três grandes blocos.

BLOCO 1

O primeiro bloco compreende a identificação dos sintomas de transtornos alimentares. As mudanças ocorridas com relação à percepção da alimentação e do peso, assim como a adoção de comportamentos alimentares divergentes do padrão considerado normal, podem ser identificadas antes de o distúrbio alimentar se instalar, ou após seu surgimento, por meio de instrumentos específicos, utilizados nesse estudo.

Assim, para os indivíduos de 7 a 12 anos de idade, a caracterização do comportamento alimentar foi realizada por meio do Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal (EBBIT), também caracterizado como de auto-escala (CANDY & FEE, 1998; GALINDO, 2005). Para aqueles de 13 anos de idade ou mais, a avaliação dessa variável foi realizada por meio dos questionários EAT (Teste de Atitudes Alimentares) e BITE (Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo) (GARNER & GARFINKEL, 1982; HENDERSON & FREEMAN, 1987).

TESTE DE COMPORTAMENTOS ALIMENTARES E IMAGEM CORPORAL

(EBBIT)

O Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal objetiva identificar os possíveis distúrbios no comportamento alimentar em indivíduos na faixa etária de 7 a 12 anos. O EBBIT (Anexo 3) foi desenvolvido por Candy & Fee (1998) e validado para a população brasileira por Galindo (2005). Este teste contém 42 itens, numa escala *Likert* de 4 pontos, com respostas variando de 0 a 3, cada uma traduzindo o comportamento do indivíduo, sendo: 0= nunca; 1= raramente (1 vez por mês); 2= frequentemente (uma vez por semana); 3= a maior parte do tempo (todos os dias).

Esse instrumento é constituído por três escalas: na de insatisfação com a imagem corporal e restrição alimentar e a escala de comportamentos de comer compulsivo, os escores médios obtidos pelo somatório dessas escalas foram comparados com a média e desvio-padrão de referência por idade, considerando-se sintomas de transtorno alimentar o escore médio superior aos valores de referência (GALINDO, 2005). A terceira escala é constituída por quatro itens que representam comportamentos alimentares compensatórios e devem ser avaliados individualmente.

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT)

O *Eating Attitudes Test* (EAT) ou Teste de Atitudes Alimentares (Anexo 4) é um instrumento de avaliação desenvolvido por Garner & Garfinkel (1979), inicialmente com a proposição de diagnosticar anorexia nervosa. Porém, os autores observaram que o teste não permitia prever o risco da anorexia nervosa, entretanto era útil na identificação da preocupação excessiva com relação à alimentação e peso, em populações de alto risco. Desta maneira, tornou-se o teste mais usado para identificar os distúrbios alimentares de uma maneira em geral.

A versão original do EAT (EAT-40) constitui-se de 40 itens de múltipla escolha, sendo computado com base na somatória dos valores positivos atribuídos às questões. Mais tarde, Garner e Garfinkel (1982) propuseram a versão abreviada do EAT. Da escala original de 40 itens, os autores excluíram 14, por terem sido considerados redundantes e não aumentarem o poder preditivo da escala. Essa nova escala foi validada e manteve a capacidade de estabelecer as correlações clínicas e psicométricas, criando-se assim o EAT-26.

Esta nova escala, além de ter aplicação mais simples, mostrou grande correlação com a escala original. As 26 questões estão divididas em três escalas: I - Escala da Dieta, cujos

itens refletem a recusa patológica a alimentos de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física; II - Escala de Bulimia e preocupação com o consumo dos alimentos, que identifica episódios de ingestão compulsiva, seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar ganho ponderal; III - Escala do Controle Oral, que avalia o autocontrole em relação aos alimentos e reconhece a existência de pressões sociais que estimulam a ingestão alimentar.

Os 26 itens do EAT são constituídos por uma escala *Likert*, que para este teste adota a pontuação de 6 pontos com respostas cuja pontuação varia de 0 a 3, sendo: 0= nunca; 0= raramente; 0= poucas vezes; 1= às vezes; 2= muito frequentemente; 3= sempre; o resultado é obtido realizando-se a análise fatorial dos itens. Um somatório maior que 21 pontos indica alto risco para a ocorrência de transtorno alimentar (GARNER & GARFINKEL, 1982; BIGHETTI, 2003).

TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDINBURGH (BITE)

O Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh (BITE) (Anexo 5) foi desenvolvido por Henderson & Freeman (1987) e traduzida para o português por Cordás & Hochgraf (1993). Esse instrumento mede os episódios bulímicos e fatores ligados à percepção corporal e ao comportamento do bulímico. Pode ser usado tanto como um instrumento epidemiológico para a identificação de casos subclínicos e clínicos de bulimia, como também para monitorar a evolução dos pacientes e medir a resposta ao tratamento. A escala BITE está dividida em duas subescalas, a saber: sintomas e gravidade.

- Subescala de sintomas: está relacionada aos sintomas, comportamento e dieta. A resposta afirmativa a cada questão equivale a um ponto. O somatório da pontuação tem a seguinte interpretação: menos de 10 pontos sugerem comportamento normal; 10 a 19 pontos

sugerem comportamento pouco usual, porém o paciente não preenche todos os critérios para o diagnóstico de bulimia; 20 ou mais pontos indicam alto grau de desordem alimentar, presença de episódios bulímicos e grande probabilidade da associação com os distúrbios nervosos, sugerindo a possibilidade do diagnóstico de bulimia nervosa.

- Subescala de gravidade: mede a gravidade do comportamento bulímico em função de sua frequência. Para pontuação dessa escala, soma-se a quantidade de pontos atribuídos à frequência selecionada em cada questão, que pode variar de 0 a 6 pontos. Pontuação total até cinco pontos implica em resultado clinicamente não significativo; entre 5 e 9, escore clinicamente significativo, e os que têm uma pontuação acima ou igual a 10 apresentam um alto grau de gravidade.

BLOCO 2

O segundo bloco tratou da avaliação da percepção da imagem corporal. Para os escolares de 7 a 12 anos, utilizou-se o Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal (EBBIT). Para avaliação desta variável para os escolares maiores de 12 anos de idade, utilizou-se o Teste de Imagem Corporal (BSQ) (COOPER, 1987).

TESTE DE COMPORTAMENTOS ALIMENTARES E IMAGEM CORPORAL

(EBBIT)

Para avaliação da imagem corporal através deste instrumento, selecionaram-se as seis questões referentes a imagem corporal, considerou-se insatisfação sempre que pelo menos três das seis questões fossem afirmativas.

TESTE DE IMAGEM CORPORAL (BSQ)

O BSQ identifica diferentes aspectos da insatisfação ou preocupação com o peso e com a forma corporal nas últimas quatro semanas que antecedem a entrevista (Anexo 6). O teste tem a característica de ter o questionário auto-preenchido, consta de 34 itens na forma de escala *Likert*, que para este teste adota a pontuação de 6 pontos, com a seguinte pontuação: 1= nunca; 2= raramente; 3= algumas vezes, 4= frequentemente; 5= muito frequentemente; 6= sempre.

Este instrumento fornece avaliação descritiva dos distúrbios da imagem corporal em estudos clínicos e populacionais. Para a população norte-americana o instrumento demonstrou bons índices de validade, consistência interna e confiabilidade. Este instrumento foi traduzido para o português e validado por Cordás & Castillo (1994) para a população brasileira. As medidas psicométricas geradas a partir do BSQ são consideradas de validade adequada e tem uso reconhecido para detecção de insatisfação com a imagem corporal também para a população brasileira (CORDAS, 1994). Da mesma forma, Conti (2007) validou o método para adolescentes brasileiros de ambos os sexos, com resultados sinalizando boa consistência interna para a amostra total na fase inicial e final de adolescência.

As categorias do BSQ foram determinadas a partir do estabelecimento de escores relacionados à imagem corporal, a saber: a) nenhuma preocupação: somatória dos pontos do questionário de imagem corporal < ou igual a 80; b) preocupação leve: somatória de pontos entre 81-110; c) preocupação moderada: 111-140 e d) preocupação grave: > 140.

BLOCO 3

O terceiro bloco abrangeu a identificação de problema de comportamento. Neste estudo a ocorrência de problema de comportamento entre as crianças e adolescentes foi avaliado por meio do *Child Behavior Checklist - CBCL*. (Anexo 7)

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL)

O *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência) é um instrumento que deve ser respondido pelos pais ou responsáveis por indivíduos de 4 a 18 anos. Neste estudo, o CBCL foi respondido pelas mães dos escolares.

Esse instrumento consiste em 118 itens de problemas de comportamento e 20 de competência social. No presente estudo trabalhou-se apenas com os problemas de comportamento.

O teste contém oito escalas individuais, referentes a problemas que podem estar presentes em crianças e adolescentes: ansiedade/ depressão; isolamento; queixas somáticas; problemas com o contato social; problemas com pensamento obsessivo ou distorcido; problemas com a atenção (déficit ou hiperatividade); comportamento delinqüente; comportamento agressivo, cuja soma dá origem à Escala Total de Problemas de Comportamento. Esta Escala Total é subdividida, ainda, em Escala de Internalização e de Externalização. A Escala de Internalização corresponde às três primeiras escalas de problemas de comportamento: Ansiedade e Depressão; Isolamento; e Queixas Somáticas. A Escala de Externalização corresponde às duas últimas escalas de problemas de comportamento: Comportamento delinqüente e Comportamento Agressivo.

O CBCL é constituído por uma escala *Likert*, que para este teste adota a pontuação de 3 pontos. Assim, a cada questão é atribuída uma pontuação que varia de 0 a 2, sendo: 0= falso ou comportamento for ausente; 1= parcialmente verdadeiro ou às vezes presente; 2= bastante verdadeiro ou freqüentemente presente. A pontuação bruta obtida no somatório total da pontuação das escalas é convertida em Escores T por meio de um programa específico, o *Software Assessment Data Manager- ADM* (ACHENBACH & RESCORLA, 2001). Em todas as escalas do CBCL, a criança é classificada como Clínica, Limítrofe ou Não-clínica. Neste estudo, incluíram-se os casos limítrofes em não clínicos. Na soma dos escores T do CBCL (total ou por escalas), pontuação maior do que 63 classificou o indivíduo na categoria clínica de problemas comportamentais (ACHENBACH,1991; BORDIN *et al*, 1995).

Faz-se relevante destacar que os instrumentos supramencionados de auto-relato, destinados à avaliação da percepção da imagem corporal, verificação de sintomas de transtornos alimentares e de problema de comportamento, não conferem diagnóstico clínico, mas realizam triagem e definição de sintomas de transtornos alimentares e de outras comorbidades psiquiátricas. Tais instrumentos indicam os indivíduos que devem ser encaminhados a um profissional apto a realizar o diagnóstico conclusivo dos transtornos.

INFORMAÇÕES ANTROPOMÉTRICAS, DE ESTADIAMENTO PUBERAL, DE CONSUMO ALIMENTAR, DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E ESTILO DE VIDA

ANTROPOMETRIA

As informações antropométricas neste estudo foram compostas pelo peso e altura. A avaliação do estado antropométrico foi realizada por meio do IMC (Índice de Massa

Corporal) segundo a idade, considerando-se eutrofia quando situado entre os percentis 3 e 85; magreza abaixo do percentil 3; sobrepeso/ obesidade quando acima do percentil 85 (WHO, 2007). (Anexo 8)

Todas as medidas antropométricas foram aferidas por dois medidores; a média entre as duas medições foi considerada como medida final. A variação permitida para as duas medidas foi de 100g para o peso e 0,5cm para a estatura. Uma terceira medida era realizada quando existia diferença maior que a variação permitida entre as duas primeiras medidas, e como medida final era adotada a média calculada a partir das duas medidas mais próximas (LOHMAN *et al*, 1988).

Para a obtenção do peso foi utilizada balança digital portátil, com capacidade para 150 kg e precisão de 100g, marca *Master*. O escolar permanecia em pé, descalço no centro da balança, com o peso bem distribuído em ambos os pés, os braços caídos ao longo corpo olhando para frente, usando roupas leves.

A estatura foi obtida por meio do estadiômetro portátil, graduado em décimos de centímetros, marca *Leicester Height Measure*, com capacidade de 2 metros, com leitura registrada no milímetro mais próximo do marcador móvel. A medida foi realizada com o indivíduo descalço, sem qualquer adereço na cabeça; posicionado verticalmente com braços estendidos ao longo do corpo, ombros relaxados com os calcanhares juntos, e a cabeça posicionada no plano de Frankfurt. Os calcanhares, nádegas, omoplatas e dorso da cabeça mantiveram-se em contato com a superfície vertical do instrumento. Antes da leitura da medida, o escolar era posicionado firmemente, enquanto a base móvel do estadiômetro era deslocada até a parte superior da cabeça. (Anexo 9)

ESTÁGIO PUBERAL

A avaliação do estadiamento puberal foi realizada por autoretratação das características das mamas, idade da ocorrência da menarca e dos pêlos púbicos nas meninas, e dos genitais e pêlos púbicos nos meninos, utilizando-se de gravuras. As mamas femininas e os genitais masculinos foram avaliados quanto ao tamanho, forma e características; e os pêlos púbicos, por suas características, quantidade e distribuição. Com base na combinação dos componentes do estadiamento, o que indica proximidade e finalização do período mais intenso do estirão puberal para altura, os adolescentes foram agrupados segundo os estágios de Tanner (MARSHALL & TANNER, 1969; MARSHALL & TANNER, 1970)

Para o sexo feminino, o início da pubescência, foi classificado com base no estágio II do desenvolvimento da mama e o final (pós-pubescência) do estirão do crescimento foi caracterizado pela idade da menarca. Para o sexo masculino, a caracterização do início do estirão (pubescência) foi indicada pelo estágio III de Tanner e o final do estirão (pós-pubescência) pelo estágio IV do desenvolvimento da genitália (MARSHALL & TANNER, 1970; WHO, 1995)

CONSUMO ALIMENTAR

Para avaliar o consumo alimentar, utilizou-se o inquérito Recordatório Alimentar de 24 horas (BIRÓ *et al*, 2002) (Anexo 10). Os dados foram coletados por nutricionista e fornecidos pelo escolar, com o auxílio materno, em especial para o fornecimento de informações referentes ao preparo das refeições.

Como recurso para ajudar o entrevistado a recordar o tamanho da porção dos alimentos servidos, padronizar e aumentar a confiabilidade da informação prestada foi utilizado álbum fotográfico com foto de utensílios (copo, caneca, prato e talheres) em vários tamanhos e desenho de alimentos em três dimensões (pequena, média e grande) (MAGALHÃES *et al*, 1996).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E DE ESTILO DE VIDA

Utilizaram-se questionários estruturados para a coleta das informações referentes a saneamento ambiental, renda familiar mensal, escolaridade dos pais e do escolar (Anexo 11).

O indicador de condições ambientais e de moradia incluiu saneamento ambiental (abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta pública de lixo), condições de moradia (condições de posse do domicílio, tipo de construção, material predominante no piso e na cobertura do domicílio, número de habitantes por dormitórios); condições socioeconômicas, escolaridade materna; atribuiu-se pontuação zero para a situação mais favorável e 1 para a mais desfavorável. O somatório desses valores classificou o indicador das condições ambientais e de moradia em dois estratos: adequado (escore ≤ 4) e inadequado (escore > 4) (ISSLER & GIUGLIANI, 1997).

O estilo de vida foi avaliado pela prática de atividade física. O nível de atividade física foi avaliado por meio do Questionário de Atividades Físicas Realizadas Ontem- QUAFIRO (SUÑÉ, 2007) (Anexo 12). O escore final do QUAFIRO é obtido multiplicando o coeficiente da intensidade da atividade realizada (3, 2 ou 1 para intensa, moderada ou leve, respectivamente) pelo coeficiente arbitrário da duração (1, 2 e 3 para <15 , 15-30 e >30 minutos, respectivamente). A partir da identificação do nível de atividade física realizada, o

escolar foi classificado no presente estudo em uma das categorias: inativo (≤ 5 pontos) ou ativo (> 5 pontos).

Processamento e análise estatística dos dados

Considerou-se como variável dependente a ocorrência de sintomas de transtornos alimentares. A variável foi analisada de forma dicotômica, a saber: indivíduos não portadores de sintomas de transtornos alimentares (categoria de referência - 0) e indivíduos portadores de sintomas de transtornos alimentares (categoria de exposição - 1).

Consideraram-se como variáveis independentes: idade (variável contínua), sexo (categoria de referência 0- masculino; categoria de exposição 1- feminino), escolaridade materna (categoria de referência 0- 2º grau completo ou mais; categoria de exposição 1- Dammy 1- até 4ª série; categoria de exposição 2- Dammy 2 - 5ª a 8ª série), estágio puberal (categoria de referência 0- pré-púbere; categoria de exposição 1- púbere ou pós-púbere), renda familiar (categoria de referência 0- < 1 salário mínimo; categoria de exposição 1- ≥ 1 salário mínimo), índice ambiental e de moradia (categoria de referência 0- > 4 ; categoria de exposição 1- ≤ 4), estado antropométrico (categoria de referência 0- eutrofia; categoria de exposição 1 - Dammy 1- magreza; categoria de exposição 2- Dammy 2 - sobrepeso/ obesidade), prática de atividade física (categoria de referência 0- inativo; categoria de exposição 1- ativo), insatisfação com a imagem corporal (categoria de referência 0- ausência; categoria de exposição 1- presença), problema de comportamento (categoria de referência 0- ausência; categoria de exposição 1- presença), problemas de comportamento de internalização (categoria de referência 0- ausência; categoria de exposição 1- presença), problemas de comportamento de externalização (categoria de referência 0- ausência; categoria de exposição 1- presença), consumo de balas e outros doces em substituição às refeições (categoria de referência 0- não;

categoria de exposição 1- sim), consumo de frutas e outros vegetais (categoria de referência 0-não; categoria de exposição 1- sim).

Todos os questionários foram revisados, conferindo-se a resposta e o código de cada pergunta, corrigindo os erros porventura decorrentes da codificação. O banco de dados foi construído utilizando-se o Epi-Info versão 6.0. A limpeza do banco de dados se baseou na verificação de medidas discrepantes e frequências simples das variáveis e no exame da coerência entre as respostas fornecidas às perguntas formuladas.

As características da população foram analisadas, por meio da análise descritiva utilizando-se prevalência para os dados categorizados e a média e o respectivo desvio-padrão para variáveis contínuas. Os testes do qui-quadrado e diferença de média foram adotados para avaliar a significância da associação observada.

Empregou-se regressão de *Poisson* com variância robusta, para estimar as razões de prevalências entre os fatores associados e os sintomas de transtornos alimentares. A Razão de Prevalência (RP) e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram usados, respectivamente, para avaliar a associação e a força da associação entre os eventos investigados (COUTINHO *et al*, 2008).

O processo de modelagem baseou-se na estratégia ordenada em duas etapas. Na primeira, foram realizadas análises bivariadas e selecionadas as variáveis que apresentaram p -valor $\leq 0,25$ (HOSMER & LEMESHOW, 1989). Na segunda, realizou-se análise multivariada, incluindo todas as variáveis pré-selecionadas na análise bivariada. Permaneceram no modelo as variáveis cujos valores de p foram menores do que 0,05%, para tanto foram excluídas sucessivamente do modelo as variáveis que, na presença das demais, apresentavam p valores altos, até a construção do modelo final composto exclusivamente com variáveis cujos valores de p fossem menores do que 0,05%.

Medidas anteriores que avaliam a consistência das informações coletadas foram adotadas. Neste sentido, os questionários foram revisados, corrigindo os erros porventura decorrentes da codificação. Foi realizada ainda a limpeza do banco, por meio da verificação de medidas discrepantes observadas por meio de frequências simples das variáveis e no exame da coerência entre as respostas fornecidas às perguntas formuladas. O banco de dados foi construído utilizando-se o Epi-Info versão 6.0.

A análise das respostas ao CBCL foi realizada a partir do *Software Assessment Data Manager- ADM* (ACHENBACH & RESCORLA, 2001), programa desenvolvido para correção dos escores do CBCL.

As análises estatísticas foram efetuadas mediante o pacote estatístico STATA (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*), versão 8.2. O delineamento complexo da amostra foi levado em conta nas análises estatísticas pelo conjunto de comandos SVY do STATA, utilizando-se os pesos associados a cada conglomerado.

CRONOGRAMA PROPOSTO

ATIVIDADES/ MÊS	ANO 1		ANO 2											
	1 e 2	3 a 12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Padronização das técnicas	X													
Coleta de dados		X												
Digitação de dados		X	X	X										
Análise dos dados			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Elaboração da dissertação			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Revisão da dissertação											X	X	X	
Elaboração artigo científico										X	X	X	X	
Defesa da dissertação														X

PRODUÇÃO CIENTÍFICA (ANEXO 13)

1. Apresentação de trabalho na forma de pôster no VIII Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade

TÍTULO: Fatores associados ao comportamento sugestivo de transtornos alimentares

DATA: 11 a 13 de junho de 2009

2. Apresentação de trabalho na forma de pôster no VIII Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade

TÍTULO: Associação entre distúrbio comportamental e sintomas de transtornos alimentares

DATA: 11 a 13 de junho de 2009

PERSPECTIVAS DE ESTUDOS

1. Artigo científico: Inadequações alimentares de escolares com sintomas de transtornos alimentares
2. Artigo científico: Padrões alimentares de escolares portadores de sintomas de transtornos alimentares - uma análise fatorial
3. Artigo científico: Problemas de comportamento entre escolares com sintomas de transtornos alimentares

REFERÊNCIAS:

ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile**. Burlington, University of Vermont, 1991. 16p.

ACHENBACH T. M. & RESCORLA, L. A. **Manual for the Achenbach of Empirically Based Assessment (ASEBA) School-Ages Forms & Profiles**, Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.

ACKARD D.M.; FEDIO, G.; NEUMARK-SZTAINER, D.; BRITT, H.R. Factors Associated With Disordered Eating Among Sexually Active Adolescent Males: Gender and Number of Sexual Partners. **Psychosomatic Medicine**, v. 70, p.232–238, 2008.

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

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art. **Pediatrics**. Illinois, v.111, 13p., jan. 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). **Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders**. Second edition, 76p, 2000.

APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.22, supl.II, p.28-31, 2000.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). **Journal of The American Dietetic Associat**. v. 101, n.7, 10p., July. 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington, D. C.:APA, 1994.

ANDRADE, A.; BOSI, M.L.M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, v.16, n.1, p.117-25, 2003.

ASSUMPÇÃO, C.L. de; CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, Supl III, p.29-33, 2002.

BÄCK, E. **Adolescent Eating Problems**. Uppsala Universitet. Institutionen för psykologi, 43p., 2005

BEHAR, V. S. Abordagem psicoterápica do paciente com bulimia nervosa. **Insight-psicoterapia**, v.43, p.11-14, 1994.

BECKER, A.E.; BURWEL, R.A.; GILMAN, S.E.; HERZOG, D.B.; HAMBURG, P.- Eating Behaviours and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. **The British Journal of Psychiatry**, v.180, p. 509-14, 2002.

BIGHETTI, F. **Tradução e validação do *Eating Attitudes Test (EAT-26)* em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP** [Dissertação Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003. 123p

BIRÓ, C.; HULSHAF, K.; OVESEN, L.; CRUZ, A. Selection of methodology to assess food intake. **Eur J Clin Nutr**, v.56, Suppl 2, S25-S32, 2002.

BORDIN, I. A. S., MARI, J. J. & CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamento da Infância e da Adolescência): dados preliminares. **Revista ABP - APAL**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.

BORGES, C.Q.; SILA, R.C.R.; ASSIS, A.M.O.; PINTO, E. J. ET *al.* Fatores associados à anemia em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p.877-888, abr. 2009.

- BOSI, M.L.M.; LUIZ, R. R., UCHIMURA, K.Y.; OLIVEIRA, F.P.de. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.28-33, 2008.
- BOSI, M. L. M.; OLIVEIRA, F. P. de. Comportamentos bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26, n.1, p.32-34, 2006.
- BRANCO, L.M.; HILARIO, M.O.E.; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 6, p.292-296, 2006.
- BRUCH, H. Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. **Psychosomatic Medicine**, v. 24, n. 2, p.187-194, 1962.
- CAMPOS, 2002. *In*: XIMENES, R.C.C. **Prevalência dos transtornos alimentares em adolescentes com 14 anos de idade na cidade de Recife**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Odontologia de Pernambuco- FOP/ UPE, 2004. 136p.
- CANDY, C.M.; FEE, V.E. Underlying Dimensions and Psychometric Properties of the Eating Behaviors and Body Image Test for Preadolescent Girls. **Journal of Clinical Child Psychology**, New York: Columbia University, v.27, n. 1, p.117-127, 1998.
- CAÑETE, M.C.V.; VITALLE, M.S.S.; SILVA, F.C. Anorexia nervosa: Estudo de caso com uma abordagem de sucesso. **Revista de Psicologia**, v.20, n.2, p. 377-386, jul/ dez 2008.
- CHIODINI, J.S.; OLIVEIRA, M.R.M. Comportamento Alimentar de Adolescentes: aplicação do EAT-26 em uma escola pública. **Saúde em Revista**, Piracicaba-SP, v.5, n.9, p. 53-58, 2003.
- CLAUDINO, A.M. & BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, Supl III, p.7-12, 2002.
- CLAUDINO, A.M. & ZANELLA, M.T. **Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005.

CONTI, M.A. **A imagem corporal de adolescentes: validação e reprodutibilidade de instrumentos.** Tese (Doutorado). São Paulo: Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2007, 234 p.

COOPER, P.J.; TAYLOR, M.J.; COOPER, Z.; FAIRBURN, C.G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **Int J Eating Disord**, Los Angeles, v.6, p. 485-494, 1987.

COQUEIRO, R.S.; PETROSKI, E.L.; PELEGRINI, A.; BARBOSA, A.R. Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. **Rev Psiquiatr RS**. V. 30, n.1, 2008.

CORDÁS, T.A.; CASTILLO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares-instrumentos de avaliação: “Body Shape Questionnaire”. **Psiquiatria Biológica**, São Paulo, v.2, n.1, p.17-21, 1994.

CORDÁS, T.A., HOCHGRAF, P.O. O “BITE”: instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. **J Bras Psiquiatr**. v.42, p. 141-4, 1993.

COUTINHO, L.M.S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p. 992-8, 2008.

DARE, C., 1985. *In*: FLEITLICH, B.W. *et al.* Anorexia nervosa na adolescência. **J. Pediatr.** Rio J., v.76, Supl.3, S323-S329, 2000.

DOYLE, J.; BRYANT-WAUGH, R.– Epidemiology. *In*: Lask, B.; Bryant-Waugh R. (eds.). *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. 2nd ed. **Psychology Press**, East Sussex, UK, p.41-61, 2000.

DUBOIS, L.; FARMER, A.; GIRARD, M.; PETERSON, K.; TATONE-TOKUDA, F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A

longitudinal study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.4, n.9, p.1-10, 2007.

DUNKER, K.L.L.; FERNANDES, C.P.B.; CARREIRA FILHO, D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, 2009.

DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16, n.1, p.51-60, jan./mar., 2003.

ELEUTÉRIO, C.; CAVALCANTI, V. A construção da identidade da mulher brasileira a partir do enfoque do turismo sexual na Bahia: permissivas, pecadoras e sensuais? **Navegamérica. Revista electrónica de la Asociación Española de Americanistas**. n. 2, 2009. Disponível em: <<http://revistas.um.es/navegamerica>>. Acesso em: 08 mar. 2010.

ESPÍNDOLA, C.R.; BLAY, S.L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev Psiquiatr**, v.28, n.3, p. 265-75, set/dez. 2006.

FLEITLICH, B.W; LARINO, M.A.; COBELO, A; CORDAS, T A. Anorexia nervosa na adolescência. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v.76, Supl.3, S323-S329, 2000.

FONSECA, S.L. & RENA, L.C.C.B. Transtornos alimentares na adolescência: em busca do corpo ideal. **Mosaico: estudos em psicologia**. v.2, n.1, p. 9-15, 2008.

FOUCAULT, M., 1983. *In*: NIEMEYER, F.; KRUSE, M.H.L. Constituindo sujeitos anoréxicos: discursos da revista capricho. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n.3, p. 457-65, jul-set. 2008.

GALINDO, E.M.C. **Tradução, adaptação e validação do Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto- São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005, 43p.

GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. **Handbook of Treatment of Eating Disorders**, 2nd ed. New York NY: Guilford Press, 510p, 1997.

GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. The eating attitudes test: Psychometric Features and Clinical Correlates. **Psychol Med**, v.12, p.871-8, 1982.

GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, v.10, p. 647-656, 1980.

GIORDANI, R.C.F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**, v.18, n.2, p. 81-88, mai/ago 2006.

GONÇALVES, T.D., BARBOSA, M. P., ROSA L.C. L. da, RODRIGUES, A. M. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p.166-170, 2008.

GRILLO, Eugênio; SILVA, Ronaldo J. M. da. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 80, n. 2, abr. 2004 .

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

ISSLER, R.M.; GIUGLIANI, E.R. Identificação de grupos mais vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza. **J Pediatr**, Rio J, v.73, p. 101-5, 1997.

JOHNSON, J.G.; COHEN, P.; KASEN, S.; BROOK, J.S. Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. **Am J. Psychiatry**, v.159, p. 394-400, 2002.

KATZMAN, D. K.; ZIPURSKY, R. B.; LAMBE, E. K.; MIKULIS, D. J. A longitudinal magnetic resonance imaging study of brain changes in adolescents with anorexia nervosa. **Pediatrics e Adolescent Medicine**. v. 151, n. 8, p. 793-797, 1997.

KOSTANSKI, M.; FISCHER, A.; GUALLANE. E. Current conceptualization of body image dissatisfaction: have we got it wrong. **J Child Psychol Psychiatry**. v. 45, n.7, p. 1317-25, 2004.

- LATTERZA, A.R.; DUNKER, K. L. L.; SCAGLIUSI, F.B.; KEMEN, E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Clin.** v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.
- LEDOUX, S.; CHOQUET, M.; FLAMENT, M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. **International Journal of Eating Disorders**, v.10, p.81-89, 1991.
- LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Abridged edition, 1988. 90p.
- MADEIRA, I. R.; AQUINO, L. A. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. **Jornal de Pediatria**, Rio J, v.79 (Supl.1), S43-S54, 2003.
- MAGALHÃES, L.P., OLIVEIRA, V.A., SANTOS, J.M. **Guia para estimar consumo alimentar**. Salvador: Núcleo de Pesquisa de Nutrição e Epidemiologia, Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, 1996
- MARCHI, M; COHEN, P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.29, p.112-117, 1990.
- MARSHALL, W.A.; TANNER, J.M. Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys. **Arch. Dis. Childh.**, v. 45, p. 13-23, 1970.
- MARSHALL, W.A.; TANNER, J.M. Variations in Pattern of Pubertal Changes in Girls. **Arch. Dis. Childh.**, v. 44, p. 291-303, 1969.
- MASJUÁN, M.G.; ARANDA, F.F.; RAICH, R.M. Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 3, n. 2, p. 335-349, 2003
- MELIN, P; ARAÚJO, A. M.. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24 (Supl III), p.73-6, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde.** Norma Técnica – SISVAN, fev/ 2008, 7p.

MORANDÉ, 1999. *In:* VILELA, J. E. M. LAMOUNIER, J.A.; DELLARETTI FILHO, M. A; BARROS NETO, J. R.; HORTA, G. M. Transtornos alimentares em escolares. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 80, n. 1, p.49-54, 2004.

NASSER, M. Culture and weight consciousness. **J Psychosom Res**, v.32, n.6, p.573-7, 1988.
NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES/ INSTITUTE OF MEDICINE. Shaping the Future for Health: Dietary Reference Intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. 2005. Disponível em: <http://www.nap.edu>, acessado em outubro de 2009.

NUNES, M.A. *et al.* Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, n.1, p. 21-27, 2001

PATTON, G.C. Mortality in eating disorders. **Psychol Med.** v. 18, n.4, p. 947-951, nov/1988.

PIRKE, K.M; DOGS, M.; FICHTER, M.M.; TUSCHL, R.J. 1988. *In:* ASSUMPÇÃO, C.L. de; CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, Supl III, p.29-33, 2002.

ROGERS, L.; RESNICK; M. D.; MITCHELL, J. E.; BLUM, R.W. The relationship between socio-economic status and eating - disordered behaviours in a community sample of adolescents girls. **International Journal of Eating Disorders**, v.22, p. 15-23, 1997

ROMARO, R.A & ITOKAZU, F.M. Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n.2, p. 407-412, 2002.

SAMPEI, M.A. *et al.* Atitudes alimentares e imagem corporal em meninas adolescentes de ascendência nipônica e caucasiana em São Paulo. **J Pediatr (Rio J)**. v. 85, n.2, p.122-128, 2009.

- SERRA, G.M.A.; SANTOS, E.M. dos. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n. 3, p.691-701, 2003.
- SILVA, M. R. da. Anorexia nervosa em crianças e adolescentes: uma experiência clínica hospitalar. **Psicoterapia e Estudos Psicossociais**, v.2, n.1, p.21-40, jan/jul. 2003.
- SILVA, C.G.C.; ANDRADE, C.A.A.; ARAÚJO, E.C.; CAVALCANTI, A.M.T.S. Riscos e fatores de risco para transtornos alimentares em adolescentes do gênero feminino. **Rev Enferm UFPE On Line**, v.1, n.2, p. 89-96, 2007.
- SILVERMAN, J.A. Historical development. *In*: Halmi KA, editor. **Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa**. 1st ed. Washington: American Psychiatric Press, p. 3-17, 1993.
- SOCIETY FOR ADOLESCENT FEMININE - SAF. **Eating Disorders in Adolescents**. *Journal of Adolescent Health*. v. 33, n.6, p. 496-503, 2003.
- STEINHAUSEN, H.C. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. **Am J Psychiatry**, v.159, p.1284-1293, 2002.
- SULLIVAN, P.F. Mortality in anorexia nervosa. **Am J Psychiatry**, v. 152, p. 1073-1074, 1995.
- SUÑE, F.R.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; OLINTO, M.T.A.; PATTUSSI, M.P. Prevalência e fatores associados para o sobrepeso e obesidade em escolares de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 1361-71, jun. 2007.
- TRAEBERT, J.; MOREIRA, EA. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui Odontol Bras**. São Paulo, v.15, n.4, p.359-363, out/ dez. 2001.
- TRICHES, R.M.; GIUGLIANI, E.R.J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.20, n.2, p.119-128, mar./abr. 2007.

VILELA, J. E. M. LAMOUNIER, J.A.; DELLARETTI FILHO, M. A; BARROS NETO, J. R.; HORTA, G. M. Transtornos alimentares em escolares. **J. Pediatr. Rio J**, v. 80, n. 1, p.49-54, 2004.

WADE, T.D.; TIGGEMANN, M.; BULIK, C.M.; FAIRBURN, C.G.; WRAY, N.R.; MARTIN, N.G. Shared Temperament Risk Factors for Anorexia Nervosa: A Twin Study. **Psychosomatic Medicine**, v.70, p.239–244, 2008.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) Multicentre Growth Reference Study Group. **WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age: methods and development**. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, (Technical Report Series, 854), 1995. 439p.

ZIPFEL, S.; LÖWE, B.; REAS, D.L.; DETER, H. C.; HERZOG, W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. **The Lancet**, London, v. 355, p. 721-722, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Rua Araújo Pinho, 32 – Canela – Salvador – Bahia / CEP 45.110-150
Fone (71) 3283-7735/7734/7730

TRABALHO: "FATORES PSICOSSOCIAIS COMO ELEMENTOS QUE REPERCUTEM NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE ESTUDANTES DO ENSINO FUNDAMENTAL NAS ESCOLAS PÚBLICAS DE SALVADOR-BA."

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TCLE

Senhores pais,

Alguns estudos realizados vêm destacando a importância dos fatores psicológicos e sociais como elementos que repercutem nas condições de saúde, nutrição e aprendizagem de escolares. Diante disso, a Universidade Federal da Bahia em parceria com as Secretarias Municipal e Estadual de Educação e Municipal de Saúde vem realizar um trabalho que objetiva estudar a relação entre os sintomas de transtorno alimentar, a saúde mental e estado antropométrico de escolares do ensino fundamental, séries finais, da cidade de Salvador /BA. Assim, o peso, a altura e as medidas da cintura dos escolares serão medidos, bem como eles responderão questionários referentes ao seu comportamento alimentar. Em seguida, os pais preencherão questionário sobre a condição socioeconômica da família e problemas comportamentais do seu filho (a). Esse questionário será cuidadosamente aplicado por pessoal treinado. Na terceira etapa uma sub-amostra de adolescentes participará de uma entrevista clínica e responderão um questionário semi-estruturado. Questões relacionadas com a intimidade deverão ser tratadas de forma a não envergonhar quem está respondendo o questionário. Não haverá riscos para a integridade física, mental ou moral de seu (sua) filho (a). Com esse estudo pretende-se contribuir com os órgãos formuladores das ações de saúde, com vistas à eleição de medidas de vigilância e combate às doenças na fase de vida em que a prevenção pode contribuir com a conquista de uma vida adulta saudável. Diante disso, contamos com a autorização para que seu filho (a) _____ possa participar desse trabalho.

Devemos informar que todas as informações serão tratadas de forma individual e confidencial, sendo que os resultados coletivos serão utilizados apenas para a divulgação desse trabalho, e em nenhum momento seu filho (a) será identificado. Seu filho (a) poderá desistir a qualquer momento da participação, sem qualquer prejuízo. O adolescente identificado com algum problema de saúde será encaminhado às unidades básicas de saúde para acompanhamento médico e nutricional. Além disso, poderão contar com o apoio da equipe do projeto que estará disponível para colaborar no tratamento desses adolescentes.

Informamos que este trabalho está sob responsabilidade das Professoras Rita de Cássia Ribeiro Silva, Sandra Maria Chaves dos Santos e Mônica Leila Portela de Santana, da Escola de Nutrição, à Rua Araújo Pinho, nº 32, Canela, em Salvador. Telefone para contato: 3283-7730, 3283-7734, 3283-7735.

Após ser informado (a) da natureza do trabalho, entender que a participação do meu filho (a) é voluntária e de que tenho todo o direito de retirá-lo a qualquer momento, concordo com a sua participação nesse trabalho.

Nome _____ do _____ responsável

Assinatura _____

Salvador, _____ de _____ de 2008

ANEXO 3 - TESTE DE IMAGEM CORPORAL E ATITUDES ALIMENTARES (EBBIT)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Fatores psicossociais como elementos que repercutem nas condições de saúde, nutrição e desenvolvimento cognitivo de estudantes do ensino fundamental das escolas públicas de Salvador/Ba.

Teste de comportamentos alimentares e imagem corporal para pré-adolescentes

NOME _____ CÓDIGO _____

1. Nome:		
2. Escola	Turma	Série
3. Data de Nascimento / /		Data da Entrevista
4. Assinatura do entrevistador		

Instruções: Aqui estão algumas informações sobre como as pessoas se alimentam e o que sentem sobre o seu corpo. Leia cada afirmação com atenção e escolha a afirmativa que melhor descreve o que você sente e pensa. Lembre-se de que não existem respostas certas ou erradas. Você apenas pode contar-nos como você se alimenta e o que sente sobre seu corpo.

As duas próximas questões são muito importantes para conhecê-lo melhor. Por favor, responda:

Você necessita se alimentar de forma especial devido a algum problema de saúde? Se assim, explique.

Sua família faz alguma dieta especial? (p. ex. vegetariana, para diabéticos)

Responda o questionário de acordo com o exemplo e seguindo a tabela abaixo.

Assinale com um X a opção que melhor descreve o que você sente ou pensa a respeito de si mesmo.

A maior parte do tempo (todos os dias)	3
Frequentemente (uma vez por semana)	2
Raramente (uma vez por mês)	1
Nunca (nunca)	0

Exemplo:

Eu como muito enquanto assisto TV	3	2	1	0
A maior parte do tempo (todos os dias)	3			
Frequentemente (uma vez por semana)	2			
Raramente (uma vez por mês)	1			
Nunca (nunca)	0			

5. Eu faço regime (como menos do que o normal) como meus amigos fazem	3	2	1	0
6. Meu peso atual me incomoda	3	2	1	0
7. Eu como muita comida de uma vez	3	2	1	0
8. Eu tento não comer mesmo quando estou com fome	3	2	1	0
9. Eu gostaria de ser mais magro(a)	3	2	1	0

10. Eu não como lanches ou comida gordurosa porque eu quero perder peso	3	2	1	0
11. Eu tento perder peso fazendo regime	3	2	1	0
12. Eu como quando estou com raiva	3	2	1	0
13. Eu, às vezes, levo coisas de comer para o meu quarto e como tudo de uma vez.	3	2	1	0
14. Eu provoco vômito depois de comer tudo	3	2	1	0
15. Eu acho que sou mais gordo do que a maioria dos(as) meninos(as) da minha idade e altura	3	2	1	0
16. Eu como o que quero e na hora que quero	3	2	1	0
17. Eu como até sentir desconforto na barriga/estômago	3	2	1	0
18. Eu me preocupo a respeito de ganhar peso	3	2	1	0
19. Eu como todo chocolate que ganho na páscoa de uma vez	3	2	1	0
20. Eu tomo remédio para emagrecer	3	2	1	0
21. Eu fico muito mal depois que como muito	3	2	1	0
22. Eu deixo de comer alguma refeição para poder perder peso	3	2	1	0
23. Eu sinto fome quando não estou comendo	3	2	1	0
24. Eu gosto de sentir meu estômago vazio	3	2	1	0
25. Eu “belisco” coisas em meu quarto para que ninguém veja que estou comendo	3	2	1	0
26. Eu tomo laxante (remédio para fazer coco) para perder peso.	3	2	1	0
27. Eu me sinto gordo(a)	3	2	1	0
28. Eu fico mal depois de comer muito e penso logo numa maneira de me livrar do que eu comi	3	2	1	0
29. Eu como muito mesmo quando não estou com fome	3	2	1	0
30. Eu fico pensando que se eu comer eu posso ganhar peso	3	2	1	0
31. Eu leio os rótulos de coisas de comer para saber quantas calorias e quanta gordura elas tem	3	2	1	0
32. Depois que como muito de uma vez, tento pular a próxima refeição ou as duas próximas.	3	2	1	0
33. Eu comeria umas 10 barras de chocolate (ou doce) se meus pais deixassem	3	2	1	0
34. Algumas vezes, eu fico beliscando a comida.	3	2	1	0
35. Eu evito comer alimentos muito gordurosos	3	2	1	0
36. Eu olho para minha gordura e desejaria que ela não existisse	3	2	1	0
37. Eu como quando estou triste	3	2	1	0
38. Eu como quando estou aborrecido	3	2	1	0
39. Eu tomo diurético (remédio para fazer xixi) para perder peso	3	2	1	0
40. Eu faço exercícios para “queimar” a comida que eu comi	3	2	1	0
41. Eu faço dieta assim como meus pais ou meus irmãos fazem	3	2	1	0
42. Existem comidas que eu comeria muito se eu tivesse oportunidade	3	2	1	0
43. Eu penso muito em comida quando não estou comendo	3	2	1	0
44. Eu tomo refrigerantes diet em vez de fazer refeições ou comer lanches	3	2	1	0
45. Eu não como sobremesa (bolo, sorvete, doces) porque eu quero perder peso.	3	2	1	0

Eu acho que fui capaz de responder essas questões honestamente?

() Sim () Não

ANEXO 4- TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
Fatores psicossociais como elementos que repercutem nas condições de saúde, nutrição e desenvolvimento cognitivo de estudantes do ensino fundamental das escolas públicas de Salvador/BA.

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES - EAT26

Nome _____	Sexo _____		CÓDIGO _____				Score
Escola _____	Série _____	Turma _____					
Data de Nascimento ____/____/____		Data de Entrevista ____/____/____					
Por favor, responda as questões abaixo marcando um X na resposta que melhor representa o que você faz ou sente		Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca		Nunca
1. Costumo fazer dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Como alimentos dietéticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Sinto-me mal após comer doces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Evito alimentos que contenham açúcar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Gosto de estar com o estômago vazio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Quando faço exercício penso em queimar calorias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Vomito depois de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Passo muito tempo pensando em comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. Sinto que a comida controla a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Corto minha comida em pedaços pequenos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Levo mais tempo que os outros para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22. As outras pessoas acham que sou magro (a) demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
24. Sinto que os outros me pressionam a comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
25. Evito comer quando estou com fome.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
26. Demonstro autocontrole em relação à comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**ANEXO 5- TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDINBURGH -
BITE**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE NUTRIÇÃO INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

Fatores psicossociais como elementos que repercutem nas condições de saúde, nutrição e desenvolvimento cognitivo de estudantes do ensino fundamental das escolas públicas de Salvador/BA.

TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDIMBURGO - BITE

Nome _____		Sexo _____		CÓDIGO _____	
Escola _____		Série _____		Turma _____	
Data de Nascimento ____/____/____			Data de Entrevista ____/____/____		
Assinatura do entrevistador _____					
1. Qual é a sua altura? _____					.
2. Qual é o seu peso atual? _____					.
3. Qual é o peso máximo que você já apresentou? _____					.
4. Qual é o peso mínimo que você já apresentou? _____					.
5. Qual é, no seu entender, seu peso ideal? _____					.
6. Você se sente em relação a seu peso:					.....
(1) Muito gordo(a) (2) Gordo(a) (3) Médio (4) Abaixo do peso (5) Muito abaixo do peso					
7. Você tem períodos menstruais regulares? 1.Sim 2.Não 3. Não se aplica					.....
8. Com que frequência você, em média, faz as seguintes refeições?					
	Todos os dias	5 dias/sem.	3 dias/sem.	1 dia/sem.	Nunca
a) Café da manhã	1	2	3	4	5
b)Almoço	1	2	3	4	5
c)Jantar	1	2	3	4	5
d)Lanches entre as refeições	1	2	3	4	5
9. Você alguma vez teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser esclarecido(a) quanto à sua orientação?					.....
1.Sim 2.Não					
10. Você alguma vez foi membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento ?					.....
1.Sim 2.Não					
11. Você alguma vez teve algum tipo de problema alimentar? 1. Sim 2. Não					.....
Caso sim, descreva com detalhes. _____					

12. Você tem um padrão de alimentação diária regular?					.....
1.Sim 2.Não					

									.
13. Você segue uma dieta rígida?	1.Sim	2.Não							..... .
14. Você se sente fracassado quando quebra sua dieta uma vez?	1.Sim	2.Não							..... .
15. Você conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está de dieta?	1.Sim	2.Não							..... .
16. Você já jejuou por um dia inteiro?	1.Sim	2.Não							..... .
17. Se já jejuou, qual a frequência?									..... .
(1) dias alternados (2) 2 a 3 vezes por semana (3) 1 vez por semana (4) de vez em quando (5) somente 1 vez									
18. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?									
x dia	Nunca	De vez em quando	1x/sem.	2 a 3x/sem.	Diariamente	2 a 3x/sem.	5 ou +		
Tomar comprimidos	0	1	2	3	4	5	6		.....
Tomar diuréticos	0	1	2	3	4	5	6		.....
Tomar laxantes	0	1	2	3	4	5	6		.....
Vômitos	0	1	2	3	4	5	6		.....
19. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida?	1.Sim	2.Não							..... .
20. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida?	1.Sim	2.Não							..... .
21. Você come sem parar até ser obrigado (a) a parar por sentir-se mal fisicamente?				1.Sim	2.Não				..... .
22. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?	1.Sim	2.Não							..... .
23. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando sozinho(a)?	1.Sim	2.Não							..... .
24. Você sempre pode parar de comer quando quer?	1.Sim	2.Não							..... .
25. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar?	1.Sim	2.Não							..... .
26. Quando você se sente ansioso(a), tende a comer muito?	1.Sim	2.Não							..... .
27. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora?	1.Sim	2.Não							..... .
28. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?	1.Sim	2.Não							..... .

29. Você se envergonha de seus hábitos alimentares? 1.Sim 2.Não	......
30. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come? 1.Sim 2.Não	......
31. Você se volta para a comida para avaliar algum tipo de desconforto? 1.Sim 2.Não	......
32. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição? 1.Sim 2.Não	......
33. Você engana os outros sobre quanto come? 1.Sim 2.Não	......
34. Quanto você come é determinado pela fome que sente? 1.Sim 2.Não	......
35. Você já teve episódios exagerados de alimentação? 1.Sim 2.Não	......
36. Se sim, esses episódios deixaram você se sentindo mal? 1.Sim 2.Não	......
37. Se você tem episódios, eles ocorrem só quando está sozinho (a)? 1.Sim 2.Não	......
38. Você tem esses episódios, qual a frequência? (1) Quase nunca (3) uma vez por semana (5) diariamente (2) 1 vez por mês (4) 2 a 3 vezes por semana (6) 2 a 3 vezes por dia	......
39. Você iria até as últimas conseqüências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado? 1.Sim 2.Não	......
40. Se você come demais, você se sente muito culpado (o)? 1.Sim 2.Não	......
41. Você já comeu escondido (a)? 1.Sim 2.Não	......
42. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais? 1.Sim 2.Não	......
43. Você se considera alguém que come compulsivamente? 1.Sim 2.Não	......
44. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana? 1.Sim 2.Não	......

ANEXO 6- TESTE DE IMAGEM CORPORAL - BSQ



Fatores psicossociais como elementos que repercutem nas condições de saúde, nutrição e desenvolvimento cognitivo de estudantes do ensino fundamental das escolas públicas de Salvador/BA.

QUESTIONÁRIO SOBRE IMAGEM CORPORAL - BSQ

Nome da Criança _____		CÓDIGO - _____	
Escola _____		Série _____ Turma _____	
Data de Nascimento ____/____/____		Data de Entrevista ____/____/____	
<p>Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:</p>			
<p>1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Muito frequentemente 6. Sempre</p>			
<p><i>Por favor, responda a todas as questões.</i></p>			
<p>Nas últimas quatro semanas:</p>			
1. Sentir-se entediado(a) faz você se preocupar com sua forma física? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
2. Você tem estado tão preocupado(a) com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
4. Você tem sentido medo de ficar gordo(a) (ou mais gordo(a))? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
6. Sentir-se satisfeito(a) (por exemplo após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo(a)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
9. Estar com homens/mulheres magros(as) faz você se sentir preocupado(a) em relação ao seu físico? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
11. Você já se sentiu gord0(a), mesmo comendo uma quantidade menor de comida? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
12. Você tem reparado no físico de outros(as) homens/mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
14. Estar nu(a), por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo(a)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	
15. Você tem evitado usar roupas que o(a) fazem notar as formas do seu corpo? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....	

16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo(a)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
19. Você se sente excessivamente grande e arredondado(a)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
20. Você já teve vergonha do seu corpo? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
25. Você acha injusto que os(as) outros(as) homens/mulheres sejam mais magros(as) que você? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
26. Você já vomitou para se sentir mais magro(a)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
27. Quando acompanhado(a), você fica preocupado(a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado(a) num sofá ou no banco de um ônibus)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
32. Você toma laxantes para se sentir magro(a)? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? 1. 2. 3. 4. 5. 6.	.....

**ANEXO 7- *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* - INVENTÁRIO DE
COMPORTAMENTOS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - CBCL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA/ ESCOLA DE NUTRIÇÃO
**Fatores psicossociais como elementos que repercutem nas condições de saúde,
 nutrição e desenvolvimento cognitivo de estudantes do ensino fundamental das
 escolas públicas de Salvador/Ba.**

1. Nome da criança:	V1.
2. Código da criança:	V2.
3. Raça ou etnia:	V3.
4. Data da entrevista: / /	V4.
5. Data de nascimento: / /	V5.
6. Sexo da criança	V6.
7. Tipo de trabalho dos pais, mesmo que não estejam trabalhando agora. Seja específico- por exemplo, mecânico de automóveis, professor de 2º grau, dona de casa, operário, operador de máquinas, vendedor de sapatos, sargento do exército. Tipo do trabalho do pai: Tipo do trabalho da mãe:	V7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Este questionário está sendo respondido por (nome):	V8.
9. Sua relação com a criança: 1. Mãe 2. Pai 3. Outro(especifique) _____	V9.

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST – 6 A 18 ANOS

A – MÓDULO I

Por favor, responda este formulário de acordo com a sua visão do comportamento da criança, mesmo que outras pessoas não concordem. Sinta-se a vontade para escrever comentário adicionais ao lado de cada item e no espaço na última página. Certifique-se de que respondeu todos os itens.

Abaixo existe uma lista de itens que descrevem a criança. Para cada item que descreve a criança hoje ou nos últimos seis meses, circule 2 se o item for bastante verdadeiro ou freqüentemente presente. Circule 1 se o item for parcialmente verdadeiro ou às vezes presente. Se o item for falso ou comportamento for ausente, circule o 0. Responda todos os itens o melhor que puder, mesmo que pareça não se aplicar à criança.

0 = falso ou comportamento for ausente.

1 = parcialmente verdadeiro ou às vezes presente.

2 = bastante verdadeiro ou freqüentemente presente.

1. Comporta-se de modo infantil como se tivesse menos idade. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V1. <input type="checkbox"/>
2. Bebe bebidas alcoólicas sem consentimento dos pais. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V2. <input type="checkbox"/>

<p>3. Discute muito. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V3. <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Não consegue terminar o que começou. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V4. <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Poucas coisas lhe agradam. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V5. <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V6. <input type="checkbox"/></p>
<p>7. É convencido, gaba-se de si mesmo. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V7. <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Tem dificuldade de se concentrar, não consegue ficar atento por muito tempo. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V8. <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões). Descreva. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V9. <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Tem dificuldade de ficar sentado, é irrequieto ou hiperativo. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V10. <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V11. <input type="checkbox"/></p>
<p>12. Reclama de estar muito sozinho 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V12. <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Fica confuso ou parece não saber onde está. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V13. <input type="checkbox"/></p>
<p>14. Chora muito. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V14. <input type="checkbox"/></p>
<p>15. É cruel com os animais. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V15. <input type="checkbox"/></p>
<p>16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V16. <input type="checkbox"/></p>
<p>17. Sonha acordado ou perde-se nos seus próprios pensamentos. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V17. <input type="checkbox"/></p>

<p>18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V18. <input type="checkbox"/></p>
<p>19. Exige muita atenção para si.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V19. <input type="checkbox"/></p>
<p>20. Destrói as suas próprias coisas.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V20. <input type="checkbox"/></p>
<p>21. Destrói coisas que pertencem a outras pessoas.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V21. <input type="checkbox"/></p>
<p>22. É desobediente em casa.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V22. <input type="checkbox"/></p>
<p>23. É desobediente na escola.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V23. <input type="checkbox"/></p>
<p>24. Não come bem.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V24. <input type="checkbox"/></p>
<p>25. Não se dá bem com as outras crianças.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V25. <input type="checkbox"/></p>
<p>26. Não parece sentir-se culpado depois de comporta-se mal.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V26. <input type="checkbox"/></p>
<p>27. Fica com ciúmes facilmente.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V27. <input type="checkbox"/></p>
<p>28. Não segue as regras em casa, na escola ou em qualquer lugar.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V28. <input type="checkbox"/></p>
<p>29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola. Descreva:</p> <hr/> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V29. <input type="checkbox"/></p>
<p>30. Tem medo de ir a escola.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V30. <input type="checkbox"/></p>
<p>31. Tem medo de pensar em coisas más ou faze-las.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V31. <input type="checkbox"/></p>
<p>32. Tem “mania” de perfeição.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>V32. <input type="checkbox"/></p>

33. Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele (a). 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V33. <input type="checkbox"/>
34. Acha que os outros o (a) persegue. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V34. <input type="checkbox"/>
35. Sente-se desvalorizado ou inferior. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V35. <input type="checkbox"/>
36. Machuca-se facilmente, tem tendência a sofrer acidentes. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V36. <input type="checkbox"/>
37. Briga muito. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V37. <input type="checkbox"/>
38. É alvo de gozações frequentemente. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V38. <input type="checkbox"/>
39. Anda com outras pessoas que se metem em briga. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V39. <input type="checkbox"/>
40. Escuta sons ou vozes que não que existem. Descreva: <hr/> 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V40. <input type="checkbox"/>
41. É impulsivo, age sem pensar. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V41. <input type="checkbox"/>
42. Prefere ficar sozinho do que na companhia de outros. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V42. <input type="checkbox"/>
43. Mentira ou faz trapaças. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V43. <input type="checkbox"/>
44. Rói as unhas. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V44. <input type="checkbox"/>
45. É nervoso, muito excitado ou tenso. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V45. <input type="checkbox"/>
46. Apresenta tiques ou movimentos que apresentem nervosismo. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V46. <input type="checkbox"/>
47. Tem pesadelos. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V47. <input type="checkbox"/>
48. As outras crianças não gostam dele. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V48. <input type="checkbox"/>

0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	
49. Tem prisão de ventre, intestino preso. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V49. <input type="checkbox"/>
50. É medroso ou ansioso demais. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V50. <input type="checkbox"/>
51. Sente tonturas. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V51. <input type="checkbox"/>
52. Sente-se muito culpado. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V52. <input type="checkbox"/>
53. Come exageradamente. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V53. <input type="checkbox"/>
54. Cansa-se facilmente. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V54. <input type="checkbox"/>
55. Está com excesso de peso. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V55. <input type="checkbox"/>
56. Queixas físicas sem causa médica conhecida.	
a) Tem dores (exceto dor de estômago ou de cabeça). 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V56. a) <input type="checkbox"/>
b) Tem dor de cabeça? 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V56. b) <input type="checkbox"/>
c) Sente náuseas ou enjôos? 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V56. c) <input type="checkbox"/>
d) Problemas com os olhos (exceto se corrigido com óculos). Descreva: _____	V56. d) <input type="checkbox"/>
e) Exantemas ou outros problemas de pele. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V56. e) <input type="checkbox"/>
f) Dores de estômago. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V56. f) <input type="checkbox"/>
g) Vômitos. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V56. g) <input type="checkbox"/>

h) Outros (descreva): _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	V56. h) <input type="checkbox"/>
57. Ataca fisicamente outras pessoas. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V57. <input type="checkbox"/>
58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo. Descreva: _____ 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V58. <input type="checkbox"/>
59. Mexe nas partes íntimas em público. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V59. <input type="checkbox"/>
60. Mexe demais nas partes íntimas. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V60. <input type="checkbox"/>
61. Não vai bem na escola. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V61. <input type="checkbox"/>
62. É desastrado ou tem falta de atenção. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V62. <input type="checkbox"/>
63. Prefere estar com crianças mais velhas. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V63. <input type="checkbox"/>
64. Prefere estar com crianças mais novas. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V64. <input type="checkbox"/>
65. Se recusa a falar. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V65. <input type="checkbox"/>
66. Repete várias vezes as mesmas ações/compulsões (descreva): _____ 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V66. <input type="checkbox"/>
67. Foge de casa. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V67. <input type="checkbox"/>
68. Grita muito. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V68. <input type="checkbox"/>
69. É reservado, guarda as coisas para si. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V69. <input type="checkbox"/>
70. Vê coisas que não existem (descreva): _____ _____ 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V70. <input type="checkbox"/>

71. Fica constrangido ou embaraçado facilmente. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V71. <input type="checkbox"/>
72. Põe fogo nas coisas 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V72. <input type="checkbox"/>
73. Tem problemas sexuais (descreva): <hr/> 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V73. <input type="checkbox"/>
74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas para chamar atenção. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V74. <input type="checkbox"/>
75. Tímido ou acanhado. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V75. <input type="checkbox"/>
76. Dorme menos do que a maioria das crianças. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V76. <input type="checkbox"/>
77. Dorme mais do que a maioria das crianças durante o dia e/ou noite (descreva): _____ 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V77. <input type="checkbox"/>
78. É desatento, distrai-se facilmente. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V78. <input type="checkbox"/>
79. Tem problemas de fala (descreva): _____ 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V79. <input type="checkbox"/>
80. Fica com o olhar parado. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V80. <input type="checkbox"/>
81. Rouba em casa. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V81. <input type="checkbox"/>
82. Rouba fora de casa. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V82. <input type="checkbox"/>
83. Junta coisas que não precisam. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V83. <input type="checkbox"/>
84. Tem comportamento estranho (descreva): <hr/> 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V84. <input type="checkbox"/>
85. Tem idéias estranhas (descreva): <hr/> 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V85. <input type="checkbox"/>

86. É teimoso, mal humorado ou irritável. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V86. <input type="checkbox"/>
87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V87. <input type="checkbox"/>
88. Fica emburrado facilmente. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V88. <input type="checkbox"/>
89. É desconfiado. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V89. <input type="checkbox"/>
90. Fala palavrões. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V90. <input type="checkbox"/>
91. Fala que vai se matar. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V91. <input type="checkbox"/>
92. Fala ou anda dormindo (descreva): _____ 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V92. <input type="checkbox"/>
93. Fala demais. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V93. <input type="checkbox"/>
94. Gosta de fazer gozações com os outros. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V94. <input type="checkbox"/>
95. Tem crise de raiva, temperamento exaltado. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V95. <input type="checkbox"/>
96. Pensa demais em sexo. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V96. <input type="checkbox"/>
97. Ameaça as pessoas. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V97. <input type="checkbox"/>
98. Chupa dedo. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V98. <input type="checkbox"/>
99. Fuma, masca ou cheira tabaco. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V99. <input type="checkbox"/>
100. Tem problemas com o sono. Descreva: _____ 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V100. <input type="checkbox"/>
101. Fila aulas. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V101. <input type="checkbox"/>
102. É pouco ativo, movimentação devagar ou falta-lhe energia.	V102. <input type="checkbox"/>

0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	
103. É infeliz, triste ou deprimido. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V103. <input type="checkbox"/>
104. É barulhento demais. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V104. <input type="checkbox"/>
105. Usa drogas sem recomendação médica (exceto álcool ou tabaco). Descreva: _____ 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V105. <input type="checkbox"/>
106. Estraga ou destrói coisas públicas (vandalismo). 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V106. <input type="checkbox"/>
107. Faz xixi na roupa durante o dia. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V107. <input type="checkbox"/>
108. Faz xixi na cama. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V108. <input type="checkbox"/>
109. Fica choramingando, fazendo manha. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V109. <input type="checkbox"/>
110. Gostaria de ser do sexo oposto. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V110. <input type="checkbox"/>
111. É retraído, não se relaciona com os outros. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V111. <input type="checkbox"/>
112. É preocupado. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	V112. <input type="checkbox"/>
113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima. 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> _____	V113. <input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> _____	V <input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> _____	V <input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> _____	V <input type="checkbox"/>

ANEXO 8: PONTOS DE CORTE PARA AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

TABELA 1: Ponto de corte para o indicador antropométrico IMC por idade para crianças de 7 a 10 anos

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2	Baixo IMC para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +1	IMC adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Obesidade

FONTE: WHO, 2007

TABELA 2: Ponto de corte para o indicador antropométrico IMC por idade para adolescentes

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2	Baixo IMC para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +1	IMC adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Obesidade

FONTE: WHO, 2007

ANEXO 9- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Universidade Federal da Bahia
Escola de Nutrição / Instituto de Saúde Coletiva
Rua Araújo Pinho, 32- Canela- Salvador - Bahia, Brasil 40-110-170
(071) 3263-7735/ 3263-7705 FAX (071) 3263-7704

EXAMES ANTROPOMÉTRICOS

COD DA CRIANÇA: _____

Nome _____

Escola _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Série ___ Turma ___

Telefone: _____

Peso 1 (Kg) _____	Altura 1 (cm) _____
Peso 2 (Kg) _____	Altura 2 (cm) _____
Peso 3 (Kg) _____	Altura 3 (cm) _____

Pressão Arterial 1: _____	mmHg
Pressão Arterial 2: _____	mmHg

Data da Entrevista: ___/___/___

Nutricionistas: _____

ANEXO 10- FORMULÁRIO RECORDATÓRIO ALIMENTAR

**ANEXO 11- QUESTIONÁRIO DAS CONDIÇÕES SÓCIO-
ECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E AMBIENTAIS**

4. Nome da criança _____	4.
5. Código da criança .	V 5.
6. Data da entrevista ___ / ___ / ___	V 6.
7. Entrevistadora _____	

A – IDENTIFICAÇÃO DA HABITAÇÃO

4. Endereço: _____ N° _____ Nome do prédio _____ N° apto _____ bloco _____ Ponto de referência _____	V 4.
5. Bairro _____	V 5.
6. Fone(s) p/ contato _____	V 6.

B – OBSERVAÇÕES SOBRE MORADIA E AMBIENTE

7. Pavimentação (<i>observar</i>) 1. rua e calçada pavimentadas 2. somente a rua é pavimentada 3. somente a calçada é pavimentada 4. nem rua nem calçada pavimentadas 5. caminho/escada pavimentada 6. caminho/escada não pavimentado	V 7.
8. Presença, perto da habitação (30 m), de alguma vala de esgoto a céu aberto (<i>observar</i>) 1. sim 2. não	V 8.
9. Presença, perto da habitação (30 m), de córrego, riacho, brejo, lago (<i>observar</i>) 1. sim 2. não (<i>Atenção: se SIM, lembre-se de responder à pergunta 270</i>)	V 9.
10. Presença, perto da habitação (30 m), de algum ponto de lixo, ou acúmulo de lixo (<i>Atenção: não representa o lixo produzido apenas naquele domicílio</i>) (<i>observar</i>) 1. sim 2. não	V 10.
11. Presença de lixo do domicílio, acumulado no quintal ou no passeio sem acondicionar (<i>observar</i>) 1. sim 2. não	V 11.
12. Tipo de habitação (<i>observar</i>) 1. casa 2. apartamento 3. barraco 4. quarto	V 12.
13. Material e o acabamento predominante (mais de 50%) das paredes externas da habitação (<i>observar</i>) 1. blocos, ou parede em concreto pré-moldada, com revestimento 2. blocos, ou parede em concreto pré-moldada, sem revestimento 3. reaproveitamento de madeira, lata ou papelão	V 13.

4.taipa	
14. Tipo de cobertura da habitação (observar) 1.laje de concreto, seguida de telha de cerâmica ou cimentoamianto (eternit) 2.laje de concreto 3.telha de cerâmica 4.telha de cimentoamianto (eternit) 5.zinco 6.madeirite, compensado 7.plástico, palha	V 14.
C – INFORMAÇÕES SOBRE A ENTREVISTADA (ATENÇÃO: o questionário deve ser aplicado à mãe biológica ou mãe de criação ou madrasta da criança, ou à pessoa com quem a criança mora e quem dela cuida habitualmente)	
15. A Sra é a mãe biológica da criança? 1.sim 2.não (se SIM, pular a questão 16, responder 66 à questão 17 e passar à questão 18)	V 15.
16. A Sra é a _____ da criança (mãe de criação, madrasta, avó, etc.)	V 16.
17. O que aconteceu com a mãe biológica da criança? 1.não mora mais no domicílio 2.faleceu 9.NS/NR 66.não se aplica	V 17.
18. Nome da Sra _____	V 18.
19. Estado civil (ler as opções) 1.solteira 2. casada 3.união livre 4 separada/divorciada 5.viuva	V 19.
20. Data de Nascimento (dd/mm/aa) (comprovar com documento) ____/____/____	V 20.
21. Quantas gestações a Sra teve?	V 21.
22. Em sua opinião, como é que a Sra definiria a sua cor? _____	V 22.
23. Durante quantos anos a Sra frequentou a escola ?(até curso de graduação incluído)	V 23.
24. Até que série a Sra estudou? 1. não sabe ler nem escrever 2. sabe ler e escrever (ensino informal) 3. primário incompleto 4. primário completo 5. ginásio incompleto (estudou entre a 5ª e 8ª série) 6. ginásio completo (8ª série completo) 7. 2º grau incompleto 8. 2º grau completo 9. superior incompleto 10. superior completo	V 24.
25. Em sua casa, a Sra faz os trabalhos domésticos? 1.faz só 2.faz com ajuda (de empregada ou diarista) faz com ajuda (de outro tipo de pessoas, especificar) _____ 3.não faz	V 25.
26. Neste momento, a Sra tem algum tipo de renda? 1.sim (trabalho, com ou sem carteira) 2.sim (aposentadoria, pensão, pensão alimentícia, aluguel) 3.sim (seguro de desemprego) 4.sim (doação) 5.não	V 26.

27. se 1.SIM, onde a Sra exerce o trabalho? 1.trabalha fora de casa 2.trabalha em casa 6.não trabalha	V 27.
28. Quantos dias a Sra trabalha por semana? 1. trabalha 3 dias ou menos por semana, uma parte do dia 2. trabalha 3 dias ou menos por semana, o dia todo 3. trabalha 4 dias ou mais por semana, uma parte do dia 4. trabalha 4 dias ou mais por semana, o dia todo 6. não se aplica	V 28.

D – INFORMAÇÕES SOBRE MORADIA E AMBIENTE

29. Há quanto tempo a Sra mora no atual domicílio? 1. menos de 6 meses 2. de 6 meses até menos de 2 anos 3. de 2 anos até menos de 5 anos 4. 5 anos ou mais	V 29.
30. A habitação é: 1.própria 2.alugada 3.sublocada/cedida	V 30.
31. Quantas pessoas moram no seu domicílio (incluindo a pessoa entrevistada)?	V 31.
32. Quantas crianças tem de até 5 anos de idade (inclusive)?	V 32.
33. Quantas crianças tem de 6 a 15 anos?	V 33.
A Sra mantém em casa algum desses animais? (indicar o número; 0 se não)	
34. cão	V 34.
35. indicar a idade, em MESES, do cão (se mais de 1, do cão mais novo; 66 não se aplica)	V 35.
36. gato	V 36.
37. galinha	V 37.
38. pássaro	V 38.
39. outro(s) (especificar tipo e número) _____	V 39.
40. Quantos cômodos tem a habitação? (excluir banheiro e varanda)	V 40.
41. Quantos cômodos são usados para dormitório?	V 41.
42. A cozinha é usada em comum com alguma outra família? 1.sim 2 não	V 42.
43. Verificar se o local da cozinha é independente (observar) 1.sim 2 não	V 43.
44. Largura máxima do local da cozinha (em m; observar)	V 44.
45. Comprimento da superfície que a Sra usa para a preparação dos alimentos (em cm; observar)	V 45.
46. Material e o acabamento predominante (mais de 50%) das paredes internas do cômodo em que acontece a entrevista (observar) 1.blocos, ou parede pré-moldada em concreto, com revestimento 2.blocos, ou parede pré-moldada em concreto, sem revestimento 3.reaproveitamento de madeira, lata ou papelão 4.taipa	V 46.

<p>47. Tipo predominante (mais de 50%) de piso do cômodo em que acontece a entrevista (<i>observar</i>)</p> <p>1.cerâmica ou mármore ou linóleo 2.cimentado 3.madeira (taco ou tabuado) 4.carpete 5.madeira sobre palafitas 6.terra batida</p>	<p>V 47.</p>
<p>48. De onde vem a água usada na sua habitação?</p> <p>1.água da Embasa (incluindo ‘gato’) com canalização interna 2.água da Embasa (incluindo ‘gato’) <u>exclusivamente</u> com ponto de água externo 3.água de chafariz outro (<i>especificar</i>) _____</p>	<p>V 48.</p>
<p>49. Quantas torneiras <u>internas</u> em funcionamento há na habitação?</p>	<p>V 49.</p>
<p>50. Quantas vezes a habitação ficou sem água nos últimos 15 dias?</p> <p>1.nunca faltou 2.chega uma vez no dia e depois vai embora 3.faltou menos de 8 dias 4.faltou 8 dias ou mais</p>	<p>V 50.</p>
<p>51. Como a Sra reserva a água de beber na habitação?</p> <p>1.em recipiente com tampa 2.em recipiente sem tampa 3.não guarda</p>	<p>V 51.</p>
<p>52. As pessoas da família, para fazerem suas necessidades, usam: (<i>ler as opções</i>)</p> <p>1.um banheiro, dentro da casa 2.mais de um banheiro, dentro da casa 3.banheiro fora de casa 4.banheiro de parentes ou vizinhos 5.banheiro coletivo outro (<i>especificar</i>) _____</p>	<p>V 52.</p>
<p>53. Características do sanitário ou latrina que sua família usa: (<i>ler as opções</i>)</p> <p>1.vaso sanitário com a descarga de água (funcionando) 2.vaso sanitário sem a descarga de água (ou com a descarga de água não funcionando) 3.casinha com buraco ou vaso sanitário sem uso de água</p>	<p>V 53.</p>
<p>54. Para onde vão os dejetos sanitários (fezes e urina) da habitação? (<i>perguntar e comprovar</i>)</p> <p>1.rede de esgoto 2.rede de drenagem 3.escadaria drenante 4. fossa séptica fechada 5.fossa séptica com lançamento na rede de esgoto 6.fossa séptica com lançamento na rede de drenagem ou escadaria drenante 7.fossa séptica com lançamento em canal ou vala a céu aberto, rua, riacho 8.buraco escavado 9.diretamente em canal ou vala a céu aberto, rua, riacho, mar</p>	<p>V 54.</p>
<p>55. Se a resposta for ‘9.canal, vala, etc’, indicar a distância aproximativa da habitação, em metros, do canal, vala, riacho, mar</p>	<p>V 55.</p>
<p>56. Para onde vão as águas servidas (pias, chuveiro) da habitação? (<i>perguntar e comprovar</i>)</p> <p>1.rede de esgoto 2.rede de drenagem 3.escadaria drenante 4. fossa séptica fechada 5.fossa séptica com lançamento na rede de esgoto 6.fossa séptica com lançamento na rede de drenagem ou escadaria drenante 7.fossa séptica com lançamento em canal ou vala a céu aberto, rua, riacho 8.buraco escavado</p>	<p>V 56.</p>

9.diretamente em canal ou vala a céu aberto, rua, riacho, mar		
57. Se a resposta for '9.canal, vala, etc', indicar a distância aproximativa da habitação, em metros, do canal, vala, riacho, mar	V	57. m
58. Onde a Sra guarda o lixo gerado no banheiro, antes dele ser jogado fora? 1.vasilha com tampa (com ou sem saco) 2.vasilha sem tampa (com ou sem saco), ou saco sem vasilha 3.joga direto na privada ou latrina	V	58.
59. (se a prática de eliminação dos dejetos é o 'balão') Destino do 'balão' (especificar)	V	59.
60. Onde a Sra guarda o lixo produzido na sua habitação, antes dele ser jogado fora? 1.vasilha com tampa (com ou sem saco) 2.vasilha sem tampa (com ou sem saco), ou saco sem vasilha	V	60.
61. Quando a Sra tira o lixo da casa, aonde a Sra o leva? 1.coloca na frente da casa/prédio para o caminhão coletor 2.coloca em ponto de lixo ou em áreas abertas na sua rua 3. coloca em ponto de lixo ou em áreas abertas em outra rua do seu bairro 4.enterra ou queima 4.joga no quintal 6.joga no rio ou esgoto	V	61.
62. O lixo é coletado na sua rua?	1. sim 2 não	V 62.
63. Com que frequência ocorre a coleta do lixo? 1.diária 2.dia sim dia não 3.uma vez por semana 4.menos que uma vez por semana 5.de vez em quando 6.não é feita	V	63.
64. Quando chove muito, o que acontece na habitação? 1.alaga a casa toda ou parte da casa 2.alaga a rua em frente à casa 3.não ocorre alagamento	V	64.
Verificar a presença na habitação dos seguintes itens (perguntar, e indicar o número de peças para cada item, 0 se nenhuma):		
65. geladeira sem freezer	V 65.	66. Geladeira com freezer, ou freezer separado
67. TV colorida	V 67.	68. TV preto e branco
69. radio	V 69.	70. forno de microondas
71. máquina de lavar roupa	V 71.	72. máquina de lavar louça
73. telefone fixo (número de linhas)	V 73.	74. telefone celular
75. aparelho de videocassete	V 75.	76. filmadora vídeo
77. computador	V 77.	78. carro para uso privado
		79. ano do carro (do mais novo, se mais de 1)
80. Presença de fezes, no quintal ou outras áreas da habitação (observar) 1.sim 2.não	V	80.
81. se SIM, as fezes são aparentemente humanas? (observar) 1.sim 2.não	V	81.

E2 – INFORMAÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA E OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS

82. (NOME) tem algum convênio de saúde?	1.sim 2.não	V 82.
83. Nos últimos 12 meses, (NOME) foi internado/a?	1.sim 2.não 7-NS 8-NR	V 83.
84. Se SIM, Quantas vezes? _____		V 84.
85. se SIM, por qual (quais) motivo(s)? _____		85.

F – INFORMAÇÕES SOBRE O SUSTENTO ECONÔMICO DA FAMÍLIA

De onde provem o sustento econômico da sua família? (preencher o quadro abaixo)

- Em caso de fontes múltiplas de renda para a mesma pessoa, registrar na col.4 as fontes e na col.5 a renda global;
- em caso de doação, registrar na col.3 o membro da família que a recebe, escrever 'doação' na col.4, indicando entre parênteses a origem da doação (entidade filantrópica, ex-marido ou ex-companheiro, etc) e registrar na col.5 o valor aproximativo da doação;
- em caso de pensão alimentícia, registrar na col.3 o membro da família que a recebe e, na col.4, escrever 'pensão alimentícia';
- em caso de bolsa alimentação, bolsa trabalho infantil e vale gás, registrar na col.3 o membro da família que a recebe e, na col.4, escrever 'bolsa alimentação', 'bolsa trabalho infantil' ou 'vale gás';
- em caso de bolsa escolar, registrar na col.3 o membro da família que a recebe e, na col.4, escrever 'bolsa escolar'.

Relação com a ENTREVISTADA: 1 marido/companheiro, 2 mãe/pai, 3 filho/a, 4 irmão/irmã, 5 sogro/a, 6 genro/nora, 7 cunhado/a, 8 neto/a, 9 enteado/a, 10 a entrevistada.

1.Idade (anos)	2.Sexo (M,F)	3.Relação (com a ENTREVISTADA) (especificar) (código)	4.Tipo de trabalho ou outra condição (especificar) (código)	5.R\$ por mês (último mês)
V 86.	V 87.	V 88.	V 89.	V 90.
V 91.	V 92.	V 93.	V 94.	V 95.
V 96.	V 97.	V 98.	V 99.	V 100.
V 101.	V 102.	V 103.	V 104.	V 105.
V 106.	V 107.	V 108.	V 109.	V 110.
V 111.	V 112.	V 113.	V 114.	V 115.
V 116.	V 117.	V 118.	V 119.	V 120.
V 121.	V 122.	V 123.	V 124.	V 125.
Total R\$				V 126.

127. Das pessoas acima mencionadas, quem é o(a) principal responsável do sustento familiar? _____	V 127.
128. Quem é o(a) segundo(a) responsável? _____ (se não tiver segundo(a) responsável, escrever 99 na casela)	V 128.

**ANEXO 12 – QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FÍSICAS
REALIZADAS ONTEM**

**ANEXO 13 - CERTIFICADOS DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS
EM EVENTOS CIENTÍFICOS**



VIII CONGRESSO
BRASILEIRO DE
TRANSTORNOS
ALIMENTARES
E OBESIDADE

Certificado

Certificamos que

THAISY CRISTINA HONORATO SANTOS ALVES

Participou do

VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE

realizado no Centro de Convenções e Exposições Frei Caneca, nos dias 11 e 12 de Junho de 2009

Na qualidade de **CONGRESSISTA**



VIII CONGRESSO
BRASILEIRO DE
TRANSTORNOS
ALIMENTARES
E OBESIDADE

Certificado

Certificamos que

MÔNICA LEILA PORTELA DE SANTANA

Participou do **VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE**

Poster

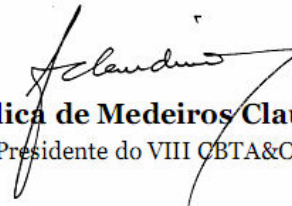
"Fatores associados ao comportamento sugestivo de transtornos alimentares"

Autor(es)

Alves, TCHS; Santana, MLP; Silva, RCR; Assis, AMO; Pinto, EJ; Silva, MCM; Santos, NS

Instituição

Escola de Nutrição da UFBA


Angélica de Medeiros Claudino
Presidente do VIII CBTA&O




Maria Teresa Zanella
Presidente de Honra do VIII CBTA&O



VIII CONGRESSO
BRASILEIRO DE
TRANSTORNOS
ALIMENTARES
E OBESIDADE

Certificado

Certificamos que

MÔNICA LEILA PORTELA DE SANTANA

Participou do **VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE**

Poster

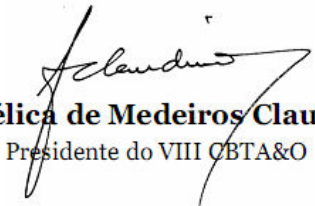
"Associação entre distúrbio comportamental e sintomas de transtornos alimentares"

Autor(es)


Santana, MLP; Silva, RCR; Assis, AMO; Alves, TCHS; Pinto, EJ; Silva, MCM; Santos, NS

Instituição

Escola de Nutrição da UFBA


Angélica de Medeiros Claudino
Presidente do VIII CBTA&O




Maria Teresa Zanella
Presidente de Honra do VIII CBTA&O