

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL DOUTORADO**

TALITA DONATTI

**COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
ADOLESCENTES DA REDE DE ENSINO PÚBLICA DE CAXIAS DO SUL, RS.**

**São Leopoldo
2023**

TALITA DONATTI

**COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
ADOLESCENTES DA REDE DE ENSINO PÚBLICA DE CAXIAS DO SUL, RS.**

Projeto de defesa apresentado como
requisito final para obtenção de título de
Doutor em Saúde Coletiva, pelo Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos -
UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Marcos Pacoal Pattussi

São Leopoldo

2023

D677c Donatti, Talita.
Comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes da rede de ensino pública de Caxias do Sul, RS / Talita Donatti. – 2023.
96 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

“Orientador: Prof. Dr. Marcos Pacoal Pattussi.”

1. Transtornos alimentares. 2. Adolescentes. 3. Escolas públicas. 4. Caxias do Sul (RS). I. Título.

CDU614

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

Dedico este trabalho aos meus pais Luiz e Claudeci, que sempre me incentivaram a estudar, crescer e evoluir através do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Luiz e Claudeci pelo amor incondicional que sempre tiveram conosco, por nos criarem para sermos pessoas de bem e nos ensinarem a correr atrás dos nossos objetivos e metas, mesmo que só fossem alcançáveis a longo prazo. O suporte de vocês sempre me deu a certeza que não importa o que eu enfrente pela frente, sempre terei apoio e para onde retornar, caso a situação fique difícil.

Aos meus irmãos Renan e Morgana, agradeço o apoio, a parceria e por sempre se fazerem presente, independente da situação. Saber que posso contar com vocês em qualquer momento, me traz força e tranquilidade.

À minha cunhada Eliandra, pelo incentivo, apoio e escuta sempre que necessário.

Às minhas afilhadas Sophia e Aurora, por serem conforto e sempre proporcionarem pausas necessárias para o descanso e descontração.

Agradeço de todo coração por saber que vocês sempre estão presentes, cada um com seus conselhos. Estes últimos anos foram atípicos, passamos por diversas situações, adversidades e momentos que nos fortaleceram e aproximaram como família. Saber que tenho ao meu lado pessoas que acreditam no meu potencial, mesmo quando muitas vezes nem eu acreditava, foi o que me fez seguir em frente e não desistir, ainda que, esta ideia fosse frequente nos meus pensamentos. Amo vocês e sou grata pela nossa família.

À minha avó Leonita que sempre me incentivou e torceu pelo meu sucesso.

Ao meu orientador Marcos Pattussi por me acompanhar nesta caminhada.

À minha eterna orientadora Ruth Henn que fez despertar a curiosidade e paixão pela pesquisa, sempre incentivando o senso crítico e condutas baseadas em evidências.

Aos componentes da banca Maria Luísa, Maiton e Juliana, que fizeram parte de toda minha trajetória acadêmica e contribuíram na minha formação.

Aos amigos do PPG, com os quais dividi esta jornada. Ser trabalhador e pesquisador na área da saúde em plena pandemia não foi fácil, mas nos apoiamos durante o processo.

Aos meus amigos que compreenderam os motivos de ausência e sempre estiveram presentes.

Aos professores do PPG em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos de qualidade e pelo rigor científico com que sempre nos conduziram. Tenho orgulho em ter feito parte por tantos anos deste programa.

Aos alunos voluntários que auxiliaram para que o desenvolvimento deste projeto ocorresse de maneira rápida e efetiva. O empenho de todos foi fundamental.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por me contemplar com uma bolsa de estudos para cursar o doutorado.

RESUMO

Introdução: A adolescência é uma fase de transição para a vida adulta. É comum que na busca por identidade, os adolescentes se exponham a comportamentos considerados de risco para a saúde, entre eles, comportamentos de risco para transtornos alimentares (CARTA). **Objetivos:** Identificar a prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares e; avaliar a validade de construto de escala reduzida de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **Métodos:** Estudo transversal, de base escolar, com 1.750 escolares do ensino público de Caxias do Sul. CARTA foram avaliados através de escala reduzida, composta por 5 itens: “comer compulsivo”, “provocar vômitos” “fazer uso de laxantes”, “fazer uso de diuréticos” e “ficar sem comer ou reduzir exageradamente o consumo”. Foi considerado com CARTA aquele escolar que teve pelo menos 1 destes comportamentos, 1 vez ou mais por semana, nos últimos 3 meses. Consistência interna do instrumento foi medida pelo coeficiente α de Cronbach e a validade de construto do instrumento foi avaliada através das análises fatoriais exploratória e confirmatória. **Resultados:** Presença de CARTA foi observada em 38,5% (IC95%: 35,2 – 42) da amostra. As prevalências foram maiores no sexo feminino, nas faixas etárias mais elevadas (16 anos ou mais), em escolares que a mãe falava sobre o peso de outras pessoas, que sofrem provocações sobre o peso por parte dos familiares, com maiores índices de massa corporal (IMC), com autopercepção de saúde ruim, com insatisfação de imagem corporal e baixos escores de autoestima. Na validação da escala, a mesma apresentou consistência interna muito boa ($\alpha=0,875$). A análise fatorial exploratória apresentou o seguinte ajustamento: valor $p \chi^2=0,058$, RSMEA=0,036, CFI=0,986, TLI=0,972 e SRMR=0,076, enquanto os valores para a confirmatória foram valor $p \chi^2=0,583$, RSMEA<0,001, CFI=1, TLI=1 e SRMR=0,026. Os resultados sugerem que se trata de um instrumento com validade de construto muito boa para investigar a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **Conclusões:** Os adolescentes apresentam diversos fatores associados aos comportamentos de risco para transtornos alimentares e o instrumento utilizado neste estudo apresentou validade de construto muito boa para investigar a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 Adolescência	11
2.2 Alimentação na adolescência	11
2.3 Transtornos alimentares	12
2.4 Comportamentos de risco para transtornos alimentares	14
2.5 Ocorrência dos comportamentos de risco para transtorno alimentar na adolescência.....	14
2.6 Fatores associados aos comportamentos de risco para transtornos alimentares na adolescência	16
2.6.1 Sexo	16
2.6.2 Idade	17
2.6.3 Cor da pele.....	18
2.6.4 Escolaridade da mãe.....	18
2.6.5 Comentários dos pais sobre alimentação e peso.....	19
2.6.6 Atividade física	20
2.6.7 Índice de Massa Corporal (IMC).....	21
2.6.8 Insatisfação com imagem corporal.....	22
2.6.9 Autoestima e depressão.....	23
2.6.10 Percepção de saúde.....	25
2.7 Validação de instrumento	25
2.7.1 Validade de critério.....	25
2.7.2 Validade de conteúdo.....	26
2.7.3 Validade de construto.....	26
2.7.4 Confiabilidade.....	26
2.8 Mensuração dos comportamentos de risco para transtorno alimentar	26
2.8.1 Eating Attitudes Test – EAT ou Teste de Atitudes Alimentares.....	27
2.8.2 Eating Disorder Inventory (EDI).....	27
2.8.3 <i>Eating Disorder Examination</i> versão questionário (EDE-Q)	27
2.8.4 <i>Binge Eating Scale</i> – <i>BES</i> ou Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)	28

2.8.5 <i>Bulimic Investigatory Test Edinburgh – BITE</i> ou Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo.....	28
2.8.6 <i>Escala de Hay</i> ou Escala original de comportamentos de risco para transtorno alimentar ou.....	28
2.8.7 Escala brasileira de comportamentos de risco para transtornos alimentares...	29
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivos Gerais	31
3.2 Objetivos Específicos	31
4 JUSTIFICATIVA.....	32
5 METODOLOGIA	34
5.1 Delineamento do estudo.....	34
5.2 Localização geográfica do estudo.....	34
5.3 População de estudo	34
5.4 Cálculo do tamanho da amostra	35
5.5 Amostragem	35
5.6 Instrumentos.....	36
5.7 Desfecho	37
5.8 Variáveis independentes	38
5.9 Seleção e treinamento dos entrevistadores	38
5.10 Logística.....	38
5.11 Estudo piloto	39
5.12 Processamento e análise de dados.....	39
5.12.1 Análise Fatorial exploratória e confirmatória: elaboração dos construtos do instrumento de Comportamentos de risco para transtorno alimentar.....	40
5.13 ASPECTOS ÉTICOS	41
6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS.....	42
7 CRONOGRAMA	43
8 ORÇAMENTO.....	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	55
APÊNDICE B – MANUAL DO ENTREVISTADOR	78
APÊNDICE C – CARTA CONVITE EQUIPES DIRETIVAS.....	82
APÊNDICE D – CARTA CONVITE AOS PAIS	83

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	84
RELATÓRIO DE CAMPO	85
ARTIGO 1	93
ARTIGO 2	95

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por profundas transformações em diferentes âmbitos da vida. (BRÊTAS et al., 2008; CURRIE, 2012). Neste período é comum a busca de uma nova identidade, ocasionando uma ressignificação da relação do adolescente com o seu corpo, em decorrência das mudanças que ocorrem no mesmo e da perda da identidade infantil. (WEINBERG, 2008).

Os adolescentes, ao mesmo tempo em que experimentam mudanças fisiológicas, cognitivas, emocionais e sociais, vivenciam um importante momento para a adoção de novos comportamentos e ganho de autonomia, o que favorece a exposição a diversas situações que envolvem riscos presentes e futuros para a sua saúde, tais como, comportamentos de risco para transtornos alimentares (CRTA), (NEUMARK-SZTAINER et al., 2006; CASTRO et al., 2010), consumo alimentar não saudável (TAVARES et al., 2014) e uso não racional de medicamentos para controle de peso (MORAES et al., 2011; BERTOLDI et al., 2010).

Determinados comportamentos e padrões de saúde frequentemente se iniciam na adolescência e são determinantes no estilo de vida na idade adulta. (MELVIN e WOLKMAR, 1993; WHO, 2003). Nesta fase, também é possível identificar a presença de fatores de risco ambientais e comportamentais que ameaçam a saúde e o bem-estar dos adolescentes, dentre eles, os comportamentos e práticas alimentares não saudáveis. (DICLEMENTE et al., 2001; IBGE, 2013).

Os principais comportamentos alimentares de risco incluem práticas de dietas restritivas, de jejum prolongado, a compulsão alimentar, associada ou não a estratégias compensatórias para perda de peso, como purgação, uso de laxantes e/ou diuréticos, vômito auto induzido, além de práticas não saudáveis para controle do peso. (ALVES et al., 2008; CROLL et al., 2002; GOMES et al., 2010; LEAL et al., 2013; MILLER e GOLDEN, 2010; NEUMARK-SZTAINER et al., 2006; NEUMARK-SZTAINER et al., 2011). Estudos internacionais e nacionais vêm identificando a frequência e fatores associados aos comportamentos considerados de risco para o desenvolvimento de transtorno alimentar (TA), assim como os seus preditores em adolescentes. De acordo com a literatura, os principais fatores são: sexo, cor de pele, insatisfação com imagem corporal, excesso de peso, ouvir comentários/provocações sobre seu peso, presença de sintomas depressivos e

baixos escores na escala de autoestima. (BERGE et al., 2013; FERREIRA et al., 2013; FORTES et al., 2015; LOTH et al., 2014; NEUMARK-SZTAINER et al., 2008; NEUMARK-SZTAINER et al., 2012; ZUBATSKY, BERGE e NEUMARK-SZTAINER, 2015; CHENG et al., 2015; GILLISON et al., 2016; BERGE et al., 2019; GUIMARÃES et al., 2020; SILVA et al., 2018; LARSON et al., 2021; PETROVICS et al., 2021).

Revisão sistemática apontou que estudos nacionais avaliam a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes, através de instrumentos validados no exterior e versões traduzidas para uso no país. (D'AVILA et al., 2020). Os instrumentos brasileiros disponíveis (BIGHETTI et al., 2003; FERREIRA E VEIGA, 2008) avaliaram somente a validade e a confiabilidade do questionário, somente com adolescentes do sexo feminino. Este estudo pretende, portanto, identificar os comportamentos de risco para transtornos alimentares, seus fatores associados, bem como testar as propriedades psicométricas e as dimensões do instrumento utilizado em adolescentes de ambos os sexos, de escolas públicas do município de Caxias do Sul, RS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Adolescência

A adolescência, que abrange o período dos 10 aos 19 anos, é uma fase caracterizada por intensas descobertas, mudanças físicas, psicológicas, comportamentais e pela transição para a vida adulta. (UNICEF, 2011; SENNA e DESSEN, 2012).

A fase inicial da adolescência ocorre dos 10 aos 14 anos e tem como característica o aumento significativo no crescimento e desenvolvimento de órgãos e de características sexuais. É acompanhada por ansiedade e entusiasmo dos jovens, que já percebem as mudanças de seu corpo. (JOHNSON et al, 2009; TEIXEIRA et al, 2015). Tornam-se mais vulneráveis e podem desenvolver o desejo de se “encaixar” em comportamentos e atitudes tomados por outros. (UNICEF, 2006; JOHNSON et al, 2009). Na fase final, que dura dos 15 aos 19 anos, o corpo ainda está em desenvolvimento e a capacidade de pensamento reflexivo e analítico é ampliada. Ainda consideram a opinião do grupo, embora esta diminua, conforme aumenta a confiança em si próprio. (UNICEF, 2002, 2006; JOHNSON et al, 2009; ABBOTT e BARBER, 2010; RAO et al, 2011).

A adolescência é uma fase onde os limites são testados, ocorrendo o questionamento dos valores e ensinamentos transmitidos por parte dos pais. (TALLÓN et al, 1999; PRATTA e SANTOS, 2007). Também nesta fase ocorrem rupturas com as atitudes da infância, motivadas por um sentimento de independência e uma necessidade de integração e autoafirmação, com adesão aos valores e práticas do grupo de amigos. (SILVA e MATTOS, 2004; KEERY, VAN DEN BERG e THOMPSON, 2004; RODGERS, PAXTON e CHABROL, 2009). Portanto, experiências positivas e de apoio vivenciadas no âmbito familiar e em outros ambientes em que o jovem esteja envolvido, contribuirão direta e positivamente na vida adulta. (TALLÓN et al, 1999; RODGERS, PAXTON e MCLEAN, 2014).

2.2 Alimentação na adolescência

Os adolescentes são considerados vulneráveis porque possuem uma dieta pobre em micronutrientes, com altos níveis de gorduras, açúcares e de alimentos

industrializados. (BALDASSO, GALANTE; DE PIANO GANEN, 2015). Os estudos apontam para o consumo excessivo de refrigerantes, bebidas açucaradas, lanches, produtos ultraprocessados e energia, bem como, para um consumo insuficiente de frutas e verduras. (IBGE, 2010a, 2013; SOUZA, 2016).

O comportamento e consumo alimentar na adolescência são influenciados por vários fatores, entre eles o hábito alimentar dos familiares e do grupo de amigos, o nível socioeconômico, questões culturais e preferências alimentares. (CARDOSO et al, 2015; BANNA et al, 2016).

A literatura aponta que comportamentos e padrões alimentares estabelecidos na adolescência tendem a perdurar na vida adulta (MIKKILA et al., 2005; AMBROSINI et al., 2012). O consumo adequado de alimentos é um dos aspectos importantes para evitar o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, bem como de outros fatores de risco para a saúde. (ENES & SLATER, 2010; SILVA, et al, 2015).

2.3 Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares são descritos como perturbações comportamentais relacionadas aos hábitos alimentares. Geralmente, envolvem uma preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal, ocasionando comportamentos como a ingestão reduzida de alimentos, uso de laxantes e diuréticos, vômitos induzidos e compulsão alimentar. (WILLIAMSON, SMITH, & BARBIN, 2007; APA, 2013; OLIVEIRA e DEIRO, 2013;). O diagnóstico ocorre com base nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que classifica transtornos alimentares como um transtorno psiquiátrico que compromete significativamente a saúde física e o funcionamento psicossocial dos indivíduos. (APA, 2013). Os principais transtornos relacionados à alimentação são anorexia nervosa (NA), bulimia nervosa (BN) e transtorno compulsivo alimentar periódico (TCAP).

Um transtorno alimentar é caracterizado por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial (APA, 2013).

Dentre os transtornos alimentares existentes estão a Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, o Transtorno de Compulsão Alimentar, dentre outros.

A anorexia nervosa (AN) é caracterizada pela ingestão abaixo das necessidades diárias, redução significativa do peso e alterações no desenvolvimento (para crianças e adolescentes em fase de crescimento), medo intenso de ganho de peso e distorção da imagem corporal. De acordo com o DSM-V existem dois subtipos de NA: I) restritivo, onde a perda de peso ocorre através de dietas restritivas, prática de jejum ou de exercícios físicos excessivos; II) compulsivo-purgativo, através de episódios, nos últimos 3 meses de compulsão alimentar, seguidos de práticas purgativas (uso de laxantes ou diuréticos, vômito induzido ou enemas). (APA, 2013; HILUY et al., 2019).

A bulimia nervosa (BN) é caracterizada pela presença de episódios de compulsão alimentar seguidos de práticas compensatórias (vômitos induzidos, jejuns, exercícios físicos intensos e uso de laxantes ou outros medicamentos). Dentre as principais diferenças entre AN e BN está o período de tempo. Nos episódios de compulsão alimentar, há a ingestão de uma quantidade excessiva de alimentos, em um período não superior a 2 horas, seguida de sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (não conseguir parar de comer ou se controlar) e do sentimento de culpa. Por fim, para o diagnóstico de BN, é necessário ter tido os episódios de compulsão alimentar no mínimo 1 vez por semana, nos últimos 3 meses. (APA, 2013; HILUY et al., 2019).

O transtorno compulsivo alimentar periódico (TCAP) é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, no entanto, sem práticas compensatórias como na AN e na BN. Geralmente a presença de TCAP é associada a pelo menos três indicadores: I) comer mais rapidamente que o normal; II) comer até sentir-se desconfortavelmente cheio; III) comer grandes quantidades de alimentos, mesmo sem a sensação física de fome; IV) comer sozinho por sentir vergonha da quantidade que está comendo; V) sentir-se desapontado consigo mesmo, deprimido ou culpado após comer. Se os episódios ocorrem no mínimo 1 vez por semana, nos últimos 3 meses, tem-se a presença de TCAP. (APA, 2013; HILUY et al., 2019).

2.4 Comportamentos de risco para transtornos alimentares

Os esforços para perder ou manter o peso envolvendo comportamentos moderados, como aumento no consumo hídrico, redução no consumo de alimentos ultraprocessados e de bebidas açucaradas, pode levar a melhorias na saúde entre os adolescentes com excesso de peso e auxiliar os adolescentes eutróficos a evitar o ganho de peso ao longo do tempo. (BARLOW, EXPERT COMMITTEE, 2007). No entanto, a realização de dietas restritivas e a adoção de comportamentos de risco para os transtornos alimentares, tais como: purgação (vômitos induzidos ou uso de laxantes), uso de medicamentos de emagrecimento e realizar jejum são práticas frequentes utilizadas para o controle de peso. (NEUMARK-SZTAINER et al., 2006; ALVES et al., 2008; NEUMARK-SZTAINER et al., 2010; PAMIES-AUBALAT et al., 2011; KANN et al., 2014).

2.5 **Ocorrência** dos comportamentos de risco para transtorno alimentar na adolescência

Dentre as consequências da adesão aos comportamentos de risco para TA é possível identificar o ganho de peso ao longo do tempo, a adesão a um padrão alimentar de baixa qualidade nutricional (LARSON, NEUMARK-SZTAINER e STORY, 2009), o aumento do risco de problemas psiquiátricos, como depressão, ansiedade, ideação suicida (ALLEN et al., 2013; LOTH, WALL, LARSON, et al., 2015), bem como o desenvolvimento clínico de transtornos alimentares, como anorexia e bulimia. (FIELD et al., 2012; STICE et al., 2008).

Entre os comportamentos de risco na adolescência, definidos como suscetíveis de monitoramento pelo Centro para Controle e Prevenção de Doença (CDC - *Center for Disease Control and Prevention*), estão os comportamentos alimentares não saudáveis. (KANN et al., 2014). É crescente a realização de inquéritos internacionais e nacionais para identificar a prevalência de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. (MICALI et al., 2014; NEUMARK-SZTAINER et al., 2011; SILVA et al., 2018).

Coorte realizada na Dinamarca acompanhou 6.090 crianças do nascimento até a adolescência. Analisaram dados de 2.509 participantes aos 16 anos, para investigar a presença de transtornos alimentares. Os pesquisadores encontraram

prevalência de 45% em episódios de compulsão alimentar no último ano, prevalência de 16% em episódios de compulsão alimentar na última semana, prevalência de 18% para perda de controle sobre a alimentação e prevalência de 8,5% para outras compulsões alimentares. Comportamentos de risco aumentaram conforme diminuiu a renda da família, entre os adolescentes com sobrepeso/obesidade, com baixos escores de autoestima e sintomas depressivos, com autopercepção de saúde ruim e com insatisfação de imagem corporal. (OLSEN et al., 2021).

Estudo de caso controle foi realizado na Croácia, com 70 adolescentes do sexo feminino, com faixa etária dos 12 aos 18 anos. As adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa apresentaram maiores prevalências de insatisfação com imagem corporal, sintomas psicológicos (insegurança, ansiedade, depressão), dificuldade de relação interpessoal, problemas emocionais e perda de controle na alimentação, em comparação ao grupo controle. (MAJA BATISTA et al., 2018).

Estudo alemão analisou prontuários hospitalares de crianças e adolescentes. Ao todo, 1.404 receberam pelo menos uma menção a sintomas relacionados a transtornos alimentares. Os resultados apontaram prevalência de 25,6% de anorexia nervosa e prevalência de 18,6% de bulimia nervosa. Para anorexia, as prevalências foram maiores entre as meninas, com média de idade de 13 anos e para bulimia, as prevalências também foram maiores entre as meninas, com média de idade de 16 anos. Os autores destacam a adesão aos comportamentos de risco conforme aumenta a idade e ressaltam a presença de comorbidades psicológicas associadas TA (distorção de imagem corporal, sintomas de ansiedade e depressão e uso abusivo de álcool e outras substâncias). (JAITE et al., 2013).

No Brasil, inquérito realizado pela última PeNSE (2015), investigou CRTA entre 16.608 estudantes, com idade entre 13 a 17 anos. Os achados apontaram prevalência de 7,4% para práticas compensatórias de controle de peso como vômito induzido ou uso de laxantes nos últimos 30 dias, em ambos os sexos. Embora os estudos apontem maiores prevalências desses comportamentos entre o sexo feminino, a PeNSE observou uma maior prevalência do uso de remédio, fórmulas ou outros produtos com o objetivo de controle de peso entre os adolescentes do sexo masculino (7,8%). Os autores destacam ainda a significativa prevalência de vômito ou uso de laxantes (8,2%), bem como o uso de remédio, fórmula ou outro produto (10,3%) entre os meninos com magreza. (SILVA et al., 2018).

Ainda no Brasil, investigação com 562 escolares da rede pública e privada de Juiz de Fora, Minas Gerais encontrou condutas inapropriadas de alimentação, que indicam risco de transtornos alimentares, para ambos os sexos. As médias das condutas foram superiores para as meninas em comparação com os meninos. Na análise estratificada por sexo, insatisfação com imagem corporal, nível socioeconômico da família e baixo grau de comprometimento com atividade física estiveram associadas ao sexo feminino. Para o sexo masculino, as variáveis que se mantiveram associadas foram insatisfação com imagem corporal e menores índices de IMC. (FORTES et al., 2013).

2.6 Fatores associados aos comportamentos de risco para transtornos alimentares na adolescência

A alimentação de crianças e adolescentes sofre diversas influências. Os padrões e comportamentos adquiridos nesta etapa podem agir de maneira protetora ou, como fatores de risco à saúde.

Na literatura, há consenso sobre o efeito de alguns fatores associados que aumentam a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares, como por exemplo: a insatisfação com imagem corporal, sintomas depressivos, baixa pontuação na escala de autoestima e percepção negativa sobre sua saúde.

Outros fatores têm apresentado divergência quanto ao efeito da sua associação na presença dos comportamentos de risco, como por exemplo sexo, idade e escolaridade da mãe.

Nesta seção, iremos abordar as pesquisas recentes sobre o tema e os principais fatores associados à adesão a comportamentos de risco para transtornos alimentares

2.6.1 Sexo

Em estudo transversal, realizado com 1.165 adolescentes, de 14 a 16 anos, foi observado que meninas, possuem maiores prevalências de comportamentos de risco para transtornos alimentares (13,6%), quando comparadas com meninos (6,6%), resultado estatisticamente significativo. (CALADO et al, 2010).

Em uma coorte inglesa, 7.082 adolescentes foram avaliados aos 13 anos de idade. Comportamentos de risco para transtornos alimentares estiveram presentes em ambos os sexos e diferiram estatisticamente entre eles. Nas meninas as prevalências de restrição alimentar foram superiores, bem como o medo de ganhar peso, redução no consumo de produtos gordurosos e restrição alimentar nos últimos 3 meses. O único comportamento que foi mais prevalente em meninos do que em meninas, foi a prática de exercícios vigorosos para perda de peso. (MICALI et al, 2014).

Na Inglaterra, estudo comparativo utilizou dados de prontuários hospitalares de 292 adolescentes atendidos no setor de pediatria. Os autores tiveram como objetivo analisar a presença de transtornos alimentares e as diferenças destes entre os sexos. As meninas apresentaram maiores prevalências de anorexia nervosa ou bulimia nervosa (82,9%), enquanto os meninos tiveram maiores probabilidades de serem diagnosticados com anorexia e bulimia nervosa atípicas, (24,4%) ou outros distúrbios alimentares (19,5%), comportamentos com diferenças estatisticamente significativas. (COELHO et al, 2018).

2.6.2 Idade

Comparação entre os dados da PeNSE dos anos de 2009, 2012 e 2015 teve como objetivo analisar as tendências na adoção de medidas extremas para controle de peso em ambos os sexos. As práticas consideradas foram: indução de vômito ou uso de laxante e uso de medicamentos, remédios ou fórmulas para perda de peso, nos últimos 30 dias. A pergunta foi elaborada da mesma maneira nas três edições da pesquisa e houve um aumento ao longo dos anos nestas práticas. Na análise estratificada, conforme aumentava a idade do escolar, aumentava as prevalências de medidas extremas de controle de peso. Segundo os autores, adolescentes mais velhos buscam padrões nos colegas e na mídia, o que pode explicar esta associação. (FERREIRA E ANDRADE, 2020).

São escassos estudos que demonstrem efeito da idade no desenvolvimento de transtornos alimentares, de acordo com a literatura, modelos que considerem o efeito das variáveis comportamentais devem ser levados em consideração, uma vez que, entre os adolescentes as prevalências têm se mantido elevadas, independente da faixa etária.

2.6.3 Cor da pele

Coorte americana com dados de 2.450 participantes do sexo feminino, na faixa etária dos 9 aos 21 anos, avalia o desenvolvimento de psicopatologias ao longo dos anos. Entre as patologias avaliadas estão anorexia e bulimia. O estudo acompanha o surgimento dos comportamentos de risco que levam aos transtornos alimentares e faz relação com os fatores associados. A classificação de cor de pele nesta amostra foi branca e preta. As diferenças étnicas encontradas apontaram maior prática de comportamentos de comer compulsivo, realizar dietas restritivas perda de controle com relação à alimentação e insatisfação com a imagem corporal em todas as faixas etárias e com maior prevalência entre as participantes de cor de pele preta. Os achados apontaram ainda que o acesso ao tratamento das patologias é facilitado entre as participantes de cor de pele branca, o que revela uma maior vulnerabilidade social do grupo de cor de pele preta. (BODEL et al., 2018).

Estudo nacional de delineamento transversal com escolares de Salvador estimou a prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares em 626 estudantes do sexo feminino. Comportamento de risco foi avaliado conforme a pontuação no EAT-26, considerou-se em risco de transtornos alimentares pontuações acima de vinte, sem descrever os comportamentos separadamente, Os achados apontaram maiores escores na EAT-26 nas participantes de cor de pele não branca (parda ou preta), além de maiores índices de insatisfação com a imagem corporal. (BITTENCOURT et al., 2013).

Dados da PeNSE de 2015, analisaram os fatores associados à presença de comportamentos alimentares desordenados (CADs). Classificaram como comportamentos alimentares desordenados: restrição alimentar, indução de vômito, prática excessiva de atividade física, problemas com a imagem corporal, e uso de produtos (fórmulas, laxantes e medicamentos). As prevalências de CADs foram 13% maiores em adolescentes de cor de pele não branca, corroborando outros estudos que apontam maior vulnerabilidade destes adolescentes. (VALE et al., 2021).

2.6.4 Escolaridade da mãe

Inquérito nacional analisou a influência das questões socioeconômicas sobre os comportamentos de risco para transtorno alimentar. Participaram da pesquisa

183 adolescentes do sexo feminino de escolas públicas e privadas da cidade de São Paulo. A escolaridade esteve associada somente nos de ensino médio (concluído ou não) e de ensino superior (concluído ou não). Apesar da significância encontrada nestes dois níveis de ensino, tanto nas participantes matriculadas em escolas públicas quanto nas matriculadas em escolas privadas, os autores sinalizam para um possível efeito do nível socioeconômico e não do grau de instrução. (DUNKER, FERNANDES E FILHO, 2009).

Comparação entre os dados da PeNSE dos anos de 2009, 2012 e 2015 teve como objetivo analisar as tendências na adoção de medidas extremas para controle de peso em ambos os sexos. As práticas consideradas foram: indução de vômito ou uso de laxante e uso de medicamentos, remédios ou fórmulas para perda de peso, nos últimos 30 dias. A pergunta foi elaborada da mesma maneira nas três edições da pesquisa e houve um aumento ao longo dos anos nestas práticas. Na análise estratificada, escolaridade da mãe esteve associada ao sexo masculino, conforme aumentava a escolaridade da mãe, diminuía a prevalência de medidas extremas de controle de peso. (FERREIRA E ANDRADE, 2020).

Ainda com dados da PeNSE mas olhando somente para o ano de 2015, pesquisadores analisaram os fatores associados à presença de comportamentos alimentares desordenados (CADs). Classificaram como comportamentos alimentares desordenados: restrição alimentar, indução de vômito, prática excessiva de atividade física, problemas com a imagem corporal, e uso de produtos (fórmulas, laxantes e medicamentos). A menor escolaridade da mãe esteve associada com o desenvolvimento de CADs em ambos os sexos. Para os autores, isto sugere um menor acesso à informação e demonstra uma maior vulnerabilidade destes adolescentes. (VALE et al., 2021).

2.6.5 Comentários dos pais sobre alimentação e peso

A influência dos pais é amplamente estudada. Embora os adolescentes estejam em fase de transição, comentários e exemplos paternos ainda exercem força na tomada de decisões e nos comportamentos.

Revisão proposta por Savage et al., (2007), aborda os aspectos envolvidos na alimentação de crianças e adolescentes. Desde a adesão de padrões alimentares mais saudáveis, por comentários acerca da importância dos alimentos, até práticas

compensatórias, caso os pais comentem sobre o peso dos filhos. Os autores reforçam que os pais moldam o comportamento dos filhos, seja no desenvolvimento de hábitos e escolhas saudáveis, ou no desenvolvimento de transtornos alimentares, distorções de imagem corporal e menores escalas de autoestima, em caso de comentários negativos ou punitivos.

Estudo transversal realizado na Turquia investigou a influência práticas parentais e sua associação com transtornos alimentares. A amostra foi dividida em adolescentes que vivem com ambos os pais e adolescentes que vivem com mãe ou pai. Entre os adolescentes que relataram desordens do comportamento alimentar, as prevalências foram maiores naqueles que convivem com pais solteiros. Nas análises ajustadas os autores encontraram prevalências significativas de comer compulsivo, privação de alimentação e vômitos induzidos ou outras práticas de controle de peso naqueles adolescentes cujos pais faziam comentários acerca do peso, da escolha dos alimentos, do tamanho da porção e sobre a aparência dos adolescentes. (KAMODY AND LYDECKER, 2021).

Inquérito qualitativo com adolescentes americanos analisou o efeito de comportamentos dos pais na alimentação dos filhos. Participaram do estudo 51 adolescentes, de ambos os sexos, na faixa etária dos 10 aos 13 anos. Os achados apontaram que os adolescentes escolhem práticas de risco quando os pais não monitoram o consumo alimentar, são autoritários com relação ao consumo e não elogiam suas escolhas alimentares. Entre os fatores protetores da alimentação estão dar o exemplo com sua própria alimentação, elogiar as escolhas alimentares e monitorar o consumo. É importante ressaltar que neste estudo entende-se por monitorar o consumo o estímulo a alimentos saudáveis e a redução da oferta de alimentos calóricos, bem como o conhecimento e preocupação sobre os alimentos que os filhos ingerem. (MONROE-LORD et al., 2022).

2.6.6 Atividade física

Inquérito escolar realizado no Irã com 263 adolescentes do sexo feminino, foi conduzido com objetivo de investigar comportamentos de risco para transtornos alimentares e seus fatores associados. Os autores observaram uma associação positiva entre a prática de atividade física e as prevalências de comportamentos de risco, de modo que, quanto mais as adolescentes praticavam atividade física, maior

era a adesão aos comportamentos de risco para transtornos alimentares. (ZAMANI SANI et al., 2021).

Estudo na Espanha com adolescentes do sexo feminino investigou os fatores que influenciam no desenvolvimento de transtornos alimentares. Foi coletado dados de 120 adolescentes e divididas em praticantes de atividade física e não praticantes. Os achados apontaram prevalência de transtornos alimentares em ambos os grupos, no entanto, entre as praticantes de atividade física, as prevalências foram menores, em comparação com as adolescentes que não praticam nenhum tipo de atividade física. (PETISCO-RODRÍGUEZ, 2020).

Estudo de base escolar, conduzido com 780 escolares de ambos os sexos, matriculados no ensino fundamental da Eslováquia analisou a presença de transtorno alimentar e seus fatores associados. Atividade física esteve associada somente para os participantes do sexo masculino, de modo que, conforme aumenta o nível de atividade, aumenta os comportamentos de risco. Para esta amostra atividade física excessiva foi relatada como uma prática para controle e perda de peso. (ŠTEFANOVÁ et al., 2020).

Estudo nacional, de base escolar investigou 562 escolares da rede pública e privada de Juiz de Fora, Minas Gerais e analisou a presença de condutas inapropriadas de alimentação, que indicam risco de transtornos alimentares e seus fatores associados em ambos os sexos. Baixo grau de comprometimento com a prática de atividades físicas esteve associado somente ao sexo feminino. Conforme diminuía a prática de exercícios físicos, aumentava a prática de condutas inapropriadas de alimentação e a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares. (FORTES et al., 2013).

2.6.7 Índice de Massa Corporal (IMC)

Em coorte realizada com 411 meninas, na Suécia, foi observado que as participantes que tinham percentil de IMC ≥ 75 , relataram com maior frequência comportamentos de risco, do que aquelas que tinham percentis de IMC dentro da normalidade. Os principais comportamentos encontrados foram os de controle de peso (jejum prolongado, uso de laxantes, diuréticos e indução de vômitos) principalmente no sexto e no oitavo ano de estudo, quando estas já estavam mais velhas. (WESTERBERG-JACOBSON et al., 2012).

Coorte americana, com 1.559 adolescentes do sexo feminino estudou a relação de índices de massa corporal, ganho de peso ao longo dos anos, níveis de satisfação corporal e desenvolvimento de compulsão alimentar. Inicialmente, os autores encontraram maiores prevalências de compulsão alimentar entre as adolescentes com maiores índices de massa corporal, após ajuste, o que se observou, foi que, o fator determinante para o início dos episódios de compulsão foi estar insatisfeita com seu corpo, ficando o IMC como um mediador desta associação. (SONNEVILLE et al., 2012).

Resultado semelhante foi encontrado em estudo transversal, realizado com estudantes de ambos os sexos de escolas públicas e privadas de Fortaleza. Foram investigados 1.011 adolescentes, na faixa etária de 14 a 18 anos, com o objetivo de analisar a influência de fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Após regressão, para as meninas, somente insatisfação com imagem corporal permaneceu como preditora de transtornos alimentares, enquanto que, para os meninos, permaneceu no modelo insatisfação com imagem corporal e influência da mídia. Em ambos, IMC, não se manteve associado, mesmo que, os mesmos referissem estarem insatisfeitos com sua imagem, desejo de emagrecer e, portanto, adotassem comportamentos de risco. (UCHÔA et al., 2019).

Estudo transversal com 2.142 adolescentes, de ambos os sexos analisou comportamentos de risco para transtornos alimentares e fatores associados. Os comportamentos de riscos foram prevalentes em 11,2% dos estudantes, quando associado ao IMC, os autores encontram maior risco entre aqueles estudantes que estavam com excesso de peso. As condutas de risco para transtornos aumentavam, à medida que os índices de IMC aumentavam. (PAMIES-AUBALAT et al., 2011).

2.6.8 Insatisfação com imagem corporal

Estudo de base escolar, conduzido com 780 escolares de ambos os sexos, matriculados no ensino fundamental da Eslováquia analisou a presença de transtorno alimentar e seus fatores associados. Insatisfação com imagem corporal esteve associada com comportamentos de risco, tanto para meninas, quanto para meninos. Nas meninas, a insatisfação com imagem corporal era preditora de comer compulsivo e perda de controle sobre a alimentação, já para os meninos, estar

insatisfeito com sua imagem corporal era incentivo para práticas de exercícios físicos, com finalidade de perda de peso. (ŠTEFANOVÁ et al., 2020).

Em estudo longitudinal, realizado no Canadá, os pesquisadores investigaram o grau de importância da IC, da supervalorização e da preocupação com o peso e com distúrbios alimentares, além de sintomas depressivos, desde a adolescência até o início da idade adulta. Os resultados de 1.830 participantes que foram acompanhados ao longo de 15 anos mostraram que a IC foi preditora de distúrbios alimentares, incluindo dieta, comportamentos de controle de peso não saudáveis e compulsão alimentar, especialmente em participantes do sexo feminino. A preocupação com o corpo se mostrou associada com todos esses comportamentos alimentares desordenados e foi notavelmente o mais forte preditor de dieta e comportamentos de controle de peso não saudáveis em participantes do sexo feminino. (SHARPE e GRIFFITHS, 2018).

No Brasil, resultados da última PeNSE (2015) apontaram maior prevalência de comportamentos de risco para os transtornos alimentares entre os adolescentes, de ambos os sexos, que relataram insatisfação com a imagem corporal. Nas adolescentes do sexo feminino, vômito induzido ou uso de laxantes foi 5,32 vezes maior nas meninas que se sentiam muito gordas, em comparação às que se sentiam normais. Uso de remédios, fórmulas ou outros produtos teve prevalência 4,0 vezes maior entre aquelas que se classificam como muito gordas, quando comparadas com aquelas que se classificam como normais. Nos adolescentes do sexo masculino, vômito induzido ou uso de laxantes foi 2,32 vezes maior entre os que se sentiam muito gordos, em comparação aos que se consideravam normais. A prevalência de ambos os comportamentos foi significativamente maior entre aqueles que se classificam como magros/muito magros. (SILVA et al., 2018).

2.6.9 Autoestima e depressão

Em coorte canadense com 1.827 adolescentes, de ambos os sexos, o início de compulsão alimentar foi analisado ao longo dos anos, em três períodos de tempos diferentes, sob diversos aspectos, entre eles, sintomas de depressão e escala de autoestima. Para os meninos, apresentar sintomas depressivos no tempo 1 se mostrou estatisticamente significativo com compulsão alimentar no tempo 2, permanecendo presente no tempo 2 e início do tempo 3. Já autoestima negativa só

contribuiu para o aparecimento de compulsão alimentar no tempo 3. Para as meninas, apresentar sintomas de depressão no tempo 1, aumentou significativamente as chances de compulsão alimentar no tempo 2, enquanto que, apresentar sintomas depressivos e autoestima negativa no tempo 2, contribuíram significativamente para o surgimento de compulsão alimentar no tempo 3. (GOLDSCHMIDT et al., 2012).

Estudo transversal com adolescentes americanos, de ambos os sexos, analisou a presença de transtornos alimentares e seus fatores associados. Na análise ajustada, o único resultado que permaneceu estatisticamente associado foi sintomas depressivos, sendo maior em adolescentes do sexo feminino. (QUATTLEBAUM et al., 2019).

Em estudo brasileiro, realizado com 371 estudantes do sexo feminino, os autores analisaram comportamentos de risco para transtornos alimentares e sintomas depressivos. Os resultados apontaram uma prevalência de 21,7% de comportamentos de risco para transtorno alimentar, sendo que, jovens que tivessem escores elevados na escala de depressão maior, apresentavam 1,16 vezes mais chances de ter comportamentos de risco, quando comparadas às adolescentes com escores inferiores na escala. (FORTES, FIGUEIRA E FERREIRA, 2014).

Estudo australiano, com jovens de ambos os sexos, objetivou comprovar três modelos de equações estruturais. No primeiro modelo, pretendia-se mostrar que o sentimento de perfeccionismo nos jovens, levava ao desenvolvimento de transtornos alimentares, mediado por sintomas de ansiedade e depressão. O segundo modelo, pretendia mostrar que na verdade, os transtornos alimentares eram mediadores do desenvolvimento de sintomas depressivos e de ansiedade, enquanto o terceiro modelo trazia os sintomas depressivos e de ansiedade como preditores de perfeccionismo, levando então ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Após análises e ajustes, o modelo 3 apresentou o pior ajuste. O modelo 1 mostrou relação indireta entre perfeccionismo e transtorno alimentar, mediados por depressão e não apresentou relação com ansiedade. O modelo 2 mostrou relação indireta entre perfeccionismo, transtorno alimentar, depressão e ansiedade. Sendo possível observar, que independente da via, sintomas depressivos e de autoestima estão presentes nos distúrbios alimentares. (DRIEBERG et al., 2019).

2.6.10 Percepção de saúde

Coorte realizada na Dinamarca teve o objetivo de verificar fatores associados ao desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes. Os pesquisadores analisaram dados de 2.509 participantes. Percepção de saúde ruim esteve associada à presença de transtornos alimentares. Os adolescentes que relataram percepção de saúde ruim apresentaram maior risco de desenvolver transtornos alimentares, em comparação aos adolescentes que percebiam sua saúde como boa. (OLSEN et al., 2021).

Estudo na Espanha com adolescentes do sexo feminino investigou os fatores que influenciam no desenvolvimento de transtornos alimentares. Foi coletado dados de 120 adolescentes e divididas em praticantes de atividade física e não praticantes. Os achados apontaram prevalência de transtornos alimentares em ambos os grupos e observaram que, conforme diminui os níveis de autopercepção de saúde, aumenta as prevalências de transtornos alimentares. (PETISCO-RODRÍGUEZ, 2020).

2.7 Validação de instrumento

O conceito de validade vem sofrendo alterações e atualizações ao longo dos anos. A validade de um instrumento se refere na sua capacidade de medir o que se propõe a medir. É a adequação das inferências a partir dos resultados obtidos pelo instrumento, ou seja, o grau em que se está livre de qualquer erro sistemático ou não-aleatório. Representa quão bem o conceito é definido pelas medidas utilizadas. (HAIR, 2009; SHAWS, CRISP, 2011). É dividida em validade de critério, conteúdo e construto, além de avaliar a confiabilidade das variáveis estudadas.

2.7.1 Validade de critério

É a correlação da medida do teste com o padrão-ouro. Representa o quanto a escala utilizada é fiel ao valor observado pelo estudo e pretende mostrar que a nova medida a ser utilizada é efetiva. É comum em estudos que pretendem implementar o uso de instrumentos com menor custo. (RUBIO et al., 2003; SHAWS, CRISP, 2011).

2.7.2 Validade de conteúdo

Determina o quanto os itens do instrumento são capazes de expressar o seu conteúdo e ocorre baseada no julgamento e na avaliação por especialistas da área. Pretende verificar se o instrumento explora de maneira efetiva todos os critérios de mensuração do fenômeno proposto para estudo. (RUBIO et al., 2003; SHAWS, CRISP, 2011).

2.7.3 Validade de construto

É definida como a extensão do conjunto de medidas observados. É utilizada na avaliação de comportamentos, sendo, portanto, a maneira mais complexa de validação, uma vez que, a mensuração de comportamentos não ocorre de maneira objetiva. Construtos são divididos em latentes: quando não são percebidos pelo entrevistado; e não-latentes: quando o entrevistado percebe a presença do comportamento ou característica. Os construtos latentes englobam emoções, sensações, atitudes e estão ocultos na mente do participante do estudo. Por ser um conceito amplo e abstrato, a validação de construto deve conter dois itens ou mais de um instrumento. (RUBIO et al., 2003; HAIR, 2009; SHAWS, CRISP, 2011; EL-DEN et al., 2020)

2.7.4 Confiabilidade

É o grau em que a variável mede o valor verdadeiro e livre de erro. Refere-se à estabilidade e consistência interna da medida estudada e revela o quão reprodutível e preciso é o instrumento. (HAIR et al., 2009; SOUZA et al., 2017)

2.8 Mensuração dos comportamentos de risco para transtorno alimentar

Atualmente, diversas escalas estão disponíveis para mensurar comportamentos de risco para transtornos alimentares. As mais utilizadas são: *Eating Attitudes Test* (EAT) – versão com 26 ou com 40 itens; *Eating Disorder Inventory* (EDI), *Eating Disorder Examination* versão questionário (EDE-Q), *Binge Eating Scale* (BES), *Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* (BITE).

Estas escalas são específicas para avaliação dos transtornos e possuem um número elevado de itens. Embora algumas sejam utilizadas em estudos brasileiros com adolescentes, algumas não foram traduzidas para o português.

2.8.1 Eating Attitudes Test – EAT ou Teste de Atitudes Alimentares

Inicialmente proposto com 40 itens (GARNER & GARFINKEL, 1979), no Brasil a versão reduzida (26 itens) foi traduzida por Bighetti (2003), cada item possui seis opções de resposta, com pontuação de 0 a 3 (sempre: 3 pontos; muitas vezes: 2 pontos; às vezes: 1 ponto; poucas vezes: 0 pontos; quase nunca: 0 pontos; nunca: 0 pontos), pontuações acima de 21 indicam sintomas relacionados à anorexia ou bulimia. O teste indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela possíveis psicopatologias.

2.8.2 Eating Disorder Inventory (EDI)

Instrumento composto por 64 itens que avaliam características psicológicas e comportamentais comuns à anorexia nervosa e bulimia nervosa. Possui oito subescalas, sendo que três avaliam os aspectos psicopatológicos específicos dos TA: busca pela magreza; bulimia; insatisfação com imagem corporal; as outras cinco avaliam os aspectos psicopatológicos gerais nos pacientes com TA: ineficácia; desconfiança interpessoal; sensibilidade interoceptiva; perfeccionismo; medo de maturidade. O instrumento passou por revisões e adaptações e se encontra na 3ª edição. (GARNER ET AL., 1983).

2.8.3 *Eating Disorder Examination* versão questionário (EDE-Q)

Constituído por 41 itens, possui quatro subescalas: restrição alimentar; preocupação alimentar; preocupação com a forma corporal; preocupação com o peso. É utilizada em estudos brasileiros, no entanto o instrumento não foi validado, somente traduzido e adaptado. (FAIRBURN, & BEGLIN, 1994).

2.8.4 *Binge Eating Scale – BES* ou Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)

Questionário utilizado com indivíduos obesos para discriminar a gravidade do transtorno compulsivo de alimentação periódica. Avalia manifestações comportamentais e sentimentos envolvidos nos episódios de compulsão alimentar e classifica em três categorias: TCAP grave (27 pontos); TCAP moderada (18 a 26 pontos); ausência de TCAP (0 a 16 pontos). (GORMALLY, BLACK, DASTON E RARDIN, 1982)

2.8.5 *Bulimic Investigatory Test Edinburgh – BITE* ou Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo

Identifica indivíduos com compulsão alimentar e avalia aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à bulimia. A escala subdivide-se em duas escalas, uma sobre sintomas e outra sobre severidade. Na escala de sintomas as pontuações são divididas em três: ausência de compulsão alimentar (0 a 9 pontos); padrão alimentar não usual (10 a 19 pontos); desordem alimentar com presença de episódios bulímicos (20 pontos ou mais). Na escala de severidade, mede-se grau conforme a frequência dos episódios e são divididas em duas: clinicamente significativo (5 a 9 vezes); alto grau de severidade (10 vezes ou mais). Esta escala possui versão traduzida e adaptada para uso em adolescentes. (HENDERSON E FREEMAN, 1987).

2.8.6 *Escala de Hay* ou Escala original de comportamentos de risco para transtorno alimentar ou

A escala proposta por Hay (1998), foi desenvolvida na Austrália, com amostra representativa, composta por 3.000 participantes de ambos os sexos, com idades entre 15 e 94 anos. Pretendia verificar a prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares, de acordo com a classificação do DSM-IV, vigente na época. Não se propôs a desenvolver instrumento, somente avaliar a prevalência dos comportamentos (comer compulsivo, dieta restritiva, jejum e comportamentos

purgatórios) e embora, não tenha apresentado estes critérios, é ainda hoje uma escala amplamente utilizada como base em estudos populacionais.

2.8.7 Escala brasileira de comportamentos de risco para transtornos alimentares

No Brasil, a tradução e validação do EAT-26 foi realizada por Bighetti et al., (2003), com uma amostra de conveniência, composta por adolescentes de 12 a 18 anos, do sexo feminino, de duas escolas da rede privada de São Paulo. A escala, composta por 26 itens avalia três dimensões: **i) escala da dieta** (recusa a alimentos de alto valor energético e preocupação com a forma física); **ii) escala de bulimia e preocupação com alimentos** (episódios de ingestão compulsiva, seguidos de vômitos e outras práticas compensatórias); **iii) escala de controle oral** (autocontrole em relação aos alimentos e forças no ambiente que estimulam a ingestão). Cada questão apresenta 6 opções de resposta, pontuando de 0 a 3 (*sempre*: 3 pontos; *muitas vezes*: 2 pontos; *às vezes*: 1 ponto, *poucas vezes*: 0 ponto; *quase nunca*: 0 ponto; *nunca*: 0 ponto). Pontuações iguais ou superiores a 21 pontos indicam a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares. Os resultados encontrados para validação e consistência interna foram considerados satisfatórios (α Cronbach= 0,82)

A versão reduzida foi validada por Ferreira e Veiga (2008) e desenvolvida com uma amostra de conveniência, composta por adolescentes de 12 a 19 anos de uma escola pública do Rio de Janeiro. Aplicou-se duas perguntas, sendo a última subdividida em quatro questões, sobre frequência de episódios de compulsão alimentar, uso de laxantes, diuréticos e vômitos induzidos e prática de dietas restritivas. O questionário foi aplicado em dois momentos distintos (teste-reteste), com intervalo de 15 dias entre a aplicação. O questionário se mostrou confiável para investigação, de modo que os valores de kappa ajustados foram maiores nos comportamentos menos frequentes: uso de laxantes (0,93), uso de diuréticos (0,97) vômito induzido (0,92). Já os valores de kappa ponderado foram menores nos comportamentos de risco mais frequentes: episódios de compulsão alimentar (0,50) e prática de dieta restritiva (0,61).

Por se tratar de um estudo transversal, com várias exposições estudadas, foi escolhida a escala proposta por Ferreira e Veiga (2008). É uma escala com um

número reduzido de questões, que foi validada para adolescentes e apresentou boa confiabilidade no rastreamento de comportamentos de risco para transtornos alimentares.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Identificar a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares, bem como os fatores associados a esses transtornos em escolares do 8º e 9º ano do ensino fundamental da rede de ensino pública de Caxias do Sul/RS;

Investigar evidência de validação de uma escala para avaliar comportamentos de risco para transtornos alimentares em escolares do 8º e 9º ano do ensino fundamental da rede de ensino pública de Caxias do Sul/RS.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as características, demográficas, socioeconômicas, socioculturais dos escolares de Caxias do Sul;
- b) Testar a associação entre fatores sociodemográficos (sexo, idade, cor da pele e escolaridade da mãe) com comportamentos de risco para transtornos alimentares;
- c) Testar a associação entre variáveis de influências familiares e dos amigos (comentários dos pais sobre peso/dieta, incentivo para perda de peso, comentários dos amigos sobre o peso), comportamentais (atividade física e comportamento sedentário) e de saúde (IMC) com comportamentos de risco para transtornos alimentares;
- d) Testar a associação entre variáveis psicológicas (auto percepção de saúde, autoestima, depressão e insatisfação com imagem corporal) com comportamentos de risco para transtornos alimentares;
- e) Avaliar a consistência interna, confiabilidade e a validade de construto do instrumento de comportamentos de risco para transtornos alimentares nessa população.

4 JUSTIFICATIVA

O aumento concomitante na sobrevivência da população infantil, em nível mundial, resultou em uma grande coorte de adolescentes e jovens: cerca de 1,8 bilhões em 2008, com uma projeção de dois bilhões para 2032. (UNITED NATIONS, 2013). Por serem considerados saudáveis, com baixa carga de doenças, em geral, a saúde desse seguimento não tem recebido atenção suficiente. Entretanto, esse contingente é expressivo e exigirá a atenção das nações para a sua saúde atual, com vistas à saúde futura e ao desenvolvimento socioeconômico. De acordo com o *Center for Disease Control and Prevention* – CDC, o monitoramento de comportamentos de risco à saúde demonstra-se relevante para o desenvolvimento da saúde ideal nesta faixa etária. (KANN et al., 2014).

Os adolescentes, ao mesmo tempo que experimentam mudanças fisiológicas, cognitivas, emocionais e sociais, vivenciam um importante momento para a adoção de novos comportamentos e ganho de autonomia, o que favorece a exposição a diversas situações que envolvem riscos presentes e futuros para a sua saúde, entre eles, comportamentos de risco para transtornos alimentares. (TEIXEIRA et al., 2015; UZUNIAN, VITALLE, 2015).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, vem realizando a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, uma pesquisa com amostra probabilística de escolares das cinco regiões do Brasil, que tem como objetivo conhecer as características de saúde dos adolescentes brasileiros. Em 2009 e 2012 foram avaliados escolares do 9º ano do ensino fundamental e, em 2015, escolares do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e do ensino médio. (IBGE 2009, 2013, 2016).

São escassos no Brasil, estudos que identifiquem estes fatores, além de não contemplarem os fatores envolvidos na ocorrência dos CRTA. (ALVES et al., 2008; DE SOUZA FERREIRA e DA VEIGA, 2008; FORTES et al., 2015; GOMES et al., 2010). O diagnóstico precoce dos fatores que podem levar o escolar a desenvolver CRTA auxilia na elaboração de estratégias de prevenção, especialmente por se enxergar na escola, um espaço promotor de saúde. A adoção de práticas e comportamentos alimentares mais saudáveis por parte do escolar, trazem um grande impacto na saúde desta população, tornando a escola um espaço estratégico nas ações de prevenção e promoção de saúde. (MONT'ALVERNE e CATRIB, 2013).

Desse modo, destaca-se a necessidade de estudos que demonstrem a implicação dos comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes, levando em consideração características que podem favorecer a presença de fatores de risco à saúde, auxiliando assim, os gestores locais no planejamento de ações e políticas específicas, para este público-alvo.

Uma vez que, a versão brasileira do instrumento de comportamentos de risco para transtornos alimentares validou somente a confiabilidade, é pertinente realizar a validação do construto, por ser o item que fornece a maior legitimidade em estudos que analisam itens do comportamento psicológico. (PASQUALI, 2009).

Esta pesquisa pretende identificar a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares e seus fatores associados e testar as propriedades psicométricas do instrumento utilizado em escolares do 8º e 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas de Caxias do Sul, RS.

5 METODOLOGIA

Este projeto é um recorte de um estudo maior, intitulado “Comportamentos de risco à saúde em adolescentes do ensino fundamental de Caxias do Sul, RS” que teve por objetivo identificar e analisar os comportamentos de risco à saúde dos escolares.

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, autoaplicado, de base escolar, com escolares matriculados no 8º e 9º anos das escolas públicas do município de Caxias do Sul, RS.

5.2 Localização geográfica do estudo

O estudo foi conduzido em Caxias do Sul, município situado na Região Serrana do Rio Grande do Sul. De acordo com o censo de 2010, o município tem uma população de 435.564 habitantes (IBGE 2010b) sendo 66.905 habitantes na faixa etária do estudo e com um grande contingente de descendentes de imigrantes italianos. Entretanto, dado o desenvolvimento do seu parque industrial e comercial, a cidade transformou-se num polo atrativo para inclusão de pessoas de outras regiões, resultando em miscigenação e aculturação dos seus habitantes.

5.3 População de estudo

A população de estudo foram escolares, de ambos os sexos, matriculados no 8º e 9º anos do ensino fundamental nas escolas públicas municipais e estaduais da zona urbana de Caxias do Sul, RS, no ano de 2016. A escolha destes anos se justifica pois contempla adolescentes na faixa etária de 13 a 15 anos que, segundo a Organização Mundial de Saúde, é a idade mínima necessária para responderem um questionário autoaplicável (WHO 2008).

À época, o município contava com sessenta e uma escolas municipais e trinta e nove escolas estaduais, na sua área urbana, que têm turmas de 8º e 9º anos (INEP 2013). Estas escolas contemplam 83% dos 10.752 alunos matriculados nestes anos, na cidade de Caxias do Sul.

5.4 Cálculo do tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra levou em conta os seguintes pressupostos: prevalência de 50% dos desfechos, nível de confiança de 95%, margem de erro de 3,5 pontos percentuais, efeito de delineamento de 1,5, 20% para eventuais perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão, resultando numa amostra de 1.622 escolares.

5.5 Amostragem

A amostragem deu-se por conglomerados em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio foram selecionadas as escolas e no segundo estágio as turmas de 8º e 9º anos. Considerando-se o tamanho de amostra de 1.622 alunos e o número médio de 25 alunos por turma, seria necessário selecionar 65 turmas e 25 escolas. No município de Caxias do Sul, existem 100 escolas públicas que oferecem ensino fundamental, sendo 39 estaduais e 61 municipais. Como a cidade é dividida em 15 regiões administrativas, definiu-se que esta divisão seria mantida para a seleção das escolas. Assim, em cada região, verificou-se o número de escolas existentes e o quanto este número representava do total de escolas do município. Esta proporção foi utilizada para definir quantas escolas seriam sorteadas em cada região. Por exemplo, se na região existissem 7 escolas, este número representaria 7% do total de escolas. Assim, se o número necessário de escolas fosse 25, 7% representa 1,75, ou 2. Este seria o número de escolas a serem sorteadas na referida região.

Uma vez definido o número de escolas em cada região, a seleção se deu por probabilidade proporcional ao tamanho da escola (PPT). Em cada região, colocou-se as escolas em ordem alfabética, com o número de alunos correspondente a cada uma delas. Em uma coluna contígua, fez-se a soma acumulada do número de alunos e se atribuiu-se um intervalo para cada escola. O tamanho do intervalo correspondia ao número de alunos em cada escola. Em seguida calculou-se o intervalo de amostragem (pulo), ou seja, o total de alunos de todas as escolas da região dividido pelo número de escolas a serem selecionadas na região. Após, foi sorteado aleatoriamente um número entre 1 e o valor do pulo. Verificou-se, então, a que intervalo este número pertencia. Na sequência, somou-se este número com o

valor do pulo e verificou-se a que intervalo ele pertencia e assim sucessivamente. As escolas sorteadas foram aquelas que tiveram nos seus intervalos amostrais os números sorteados. A seguir um exemplo, considerando as escolas da primeira região administrativa:

Escola	Nº de alunos	Nº. de alunos acumulado	Intervalo amostral
Armindo Mário Turra	43	43	1-43
Doutor Assis Mariani	52	95	44-95
Eng. Dario Granja Santanna	143	238	96-238
Irmão Guerini	146	384	239-384
José Protázio Soares de Souza	225	609	385-609
Profa. Ilda Clara Sebben Barazzetti	86	695	610-695
Profa. Marianinha Queiroz	86	781	696-781

Total de alunos = 781

Número de escolas a serem sorteadas = 2

Intervalo de amostragem (pulo) = $781/2 = 391$

Início casual entre 1 e 391 = 215

Como este valor está no intervalo 96 a 238, esta será a primeira escola selecionada.

Para selecionar a próxima escola, adiciona-se o número 215 ao valor do pulo, ou seja, $215+391$, que resulta em 606. Este valor está no quinto intervalo – 385-609, e esta será a segunda escola selecionada.

Foram incluídos escolares de ambos os sexos matriculados no 8º e 9º ano do ensino fundamental das escolas públicas municipais e estaduais da zona urbana de Caxias do Sul, RS, que estavam frequentando a escola no período da pesquisa. Foram excluídos aqueles escolares que apresentaram alguma deficiência cognitiva que os impossibilitou de responder o questionário.

5.6 Instrumentos

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário padronizado, pré-codificado, pré-testado e autoaplicável. O questionário foi composto de questões

elaboradas pelos pesquisadores e de questões pertencentes a outros instrumentos. (APÊNDICE A).

5.7 Desfecho

Os CRTA foram avaliados através da escala originalmente elaborada por Hay (1998) e validada por Ferreira e Veiga (2008). Foram avaliados os seguintes comportamentos nos últimos 3 meses: comer compulsivo, com perda de controle; comportamentos compensatórios, incluindo uso de laxativos, diuréticos, vômito auto induzido, omitir refeições ou jejum prolongado. As opções de respostas incluíram: nenhuma vez, menos de uma vez por semana, uma vez por semana e duas ou mais vezes por semana. (Figura 1). Este instrumento se mostrou útil para a identificação precoce dos comportamentos de risco, devido à maior praticidade de aplicação e por ser um método mais curto e simples do que os demais questionários, abrangendo questões sobre os principais comportamentos indicadores da presença de risco para desenvolvimento de TA. (FERREIRA e VEIGA, 2008). Será considerado comportamento de risco para TA o escolar que apresentar qualquer um desses comportamentos por pelo menos 1 vez por semana. (FERREIRA e VEIGA, 2008).

Agora vamos te perguntar sobre episódios de **COMER EXCESSIVAMENTE** que você possa ter tido recentemente. Quando falamos comer excessivamente ou compulsão alimentar, estamos querendo dizer: **comer uma grande quantidade de comida de uma só vez e ao mesmo tempo sentir que o ato de comer ficou fora do seu controle naquele momento** (isto quer dizer que você não poderia se controlar em relação ao ato de comer demais, ou não poderia parar de comer uma vez que tivesse começado).

76. Nos últimos 3 meses, quantas vezes você comeu da forma como está descrito acima?

nenhuma vez
 menos que 1 vez por semana
 1 vez por semana
 2 ou mais vezes por semana

77. Estas perguntas são sobre vários métodos que algumas pessoas utilizam para controlar o peso. NOS ÚLTIMOS 3 MESES, você usou algum dos seguintes métodos para controlar o seu peso?

	Nenhuma vez	Menos que uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas ou mais vezes por semana
Laxativos (são remédios que provocam diarreia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remédios para emagrecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar mais cigarro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pular refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguir uma dieta rica em proteínas (carnes, ovo, leite, etc) e com baixo carboidrato (pão, arroz, massa, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 1. Recorte da escala utilizada no questionário.

5.8 Variáveis independentes

Para descrição da população estudada, foram incluídas no estudo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e de saúde dos escolares: sexo, idade, cor da pele, escolaridade da mãe, escala de autoestima, sintomas depressivos, índice de massa corporal (IMC), nível de atividade física, comportamento sedentário, autopercepção de saúde, comentários dos pais sobre alimentação/peso do escolar.

5.9 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Para a coleta de dados, foram selecionados acadêmicos voluntários dos cursos de Nutrição e Biomedicina da Faculdade da Serra Gaúcha, localizada na cidade de Caxias do Sul. Posteriormente a seleção, foi agendado um treinamento com os entrevistadores. Todos os entrevistadores receberam o “Manual do entrevistador” (APÊNDICE B).

Ao todo, o estudo contou com três coordenadores de campo, onze entrevistadores voluntários e duas bolsistas de iniciação científica, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

5.10 Logística

Primeiramente o projeto foi apresentado pelos coordenadores e supervisores à Secretaria Municipal de Educação (SMED) e à 4ª Coordenadoria Regional de Educação (4CRE). Após aprovação do projeto pelos órgãos competentes e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e sorteio das escolas, a equipe de pesquisa entrou em contato com a SMED e 4CRE para que as mesmas comunicassem às escolas o início da pesquisa.

No segundo momento, os coordenadores e supervisores apresentaram o projeto às equipes diretivas das escolas e aos escolares pertencentes às turmas selecionadas no processo amostral. Uma carta foi entregue aos coordenadores das escolas (APÊNDICE C) e outra aos pais/responsáveis dos escolares (APÊNDICE D), explicando a pesquisa e a necessidade de autorização da participação do escolar

através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E). Ambos (carta explicativa e TCLE) foram encaminhados aos pais/responsáveis dos escolares por meio de um envelope entregue pela equipe a cada escolar. A equipe de pesquisa agendou com as equipes diretivas a data e horário para recolhimento dos TCLE's e posterior aplicação do questionário para a turma selecionada, sob a supervisão de entrevistadores treinados. As entrevistas foram realizadas em sala de aula. Todos os adolescentes receberam o questionário autoaplicável.

5.11 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado em escolares matriculados no 8º e 9º ano de uma escola municipal do município de São Leopoldo/RS, com o objetivo de testar os instrumentos de pesquisa, organização do trabalho de campo, bem como os entrevistadores e supervisores de campo. A escolha de uma escola de São Leopoldo ocorreu de modo a permitir que todos os pesquisadores envolvidos pudessem participar do estudo piloto.

5.12 Processamento e análise de dados

A entrada de dados foi realizada com dupla entrada, no Programa EpiData, versão 3.1, para comparação dos bancos de dados e correção dos possíveis erros de digitação. Posteriormente, a análise dos dados foi conduzida através dos programas Stata, versão 14.0., SPSS, versão 22.0 e MPLUS versão 8.4.

A análise estatística do tipo descritiva foi realizada com a finalidade de descrever a amostra estudada, por meio de frequências absolutas e relativas ou médias, com os respectivos intervalos de confiança para proporções e desvios-padrão para as médias.

As razões de prevalências brutas e ajustadas de CRTA e das variáveis independentes foram obtidas por meio de regressão de Poisson com variância robusta. (BARROS, HIRAKATA, 2003). As variáveis com p valor $< 0,20$ na análise bruta, permaneceram na análise ajustada, sendo esta realizada através de modelo conceitual de determinação com 3 níveis (Figura 2).

As variáveis do primeiro nível foram ajustadas entre si e somente aquelas com $p < 0,20$ foram mantidas para a análise com as variáveis do segundo nível e assim sucessivamente.

Após o controle dos fatores de confusão, considerou-se associadas aos CRTA, aquelas variáveis com p valor $\leq 0,05$.

1º nível – sociodemográficas	
Sexo	
Faixa etária	
Cor de pele	
Escolaridade da mãe	
2º nível – influências familiares, de amigos, comportamentais e de saúde	
Mãe/pai fala sobre o peso	Sofre provocações sobre o peso por parte de amigos
Mãe/pai incentiva a perder peso	Nível de atividade física
Mãe/pai faz dieta	Comportamento sedentário
Mãe/pai incentiva a comer alimentos mais saudáveis	IMC
Sofre provocações sobre o peso por parte de familiares	
3º nível – psicológicas	
Autopercepção de saúde	
Insatisfação com imagem corporal	
Sintomas depressivos	
Autoestima	

Figura 2. Modelo conceitual de determinação.

5.12.1 Análise Fatorial exploratória e confirmatória: elaboração dos construtos do instrumento de Comportamentos de risco para transtorno alimentar

A análise dos dados foi conduzida no programa M PLUS, versão 8.4. A consistência interna e a confiabilidade do questionário foram avaliadas pelo alfa (α) de Cronbach e pelo coeficiente ômega (ω) (DEVELLIS, 2017), o qual expressa a proporção da variância total que pode ser atribuída ao escore verdadeiro. Considerou-se como aceitáveis valores iguais ou superiores a 0,6 para cada uma dessas métricas. A validade discriminante foi testada por meio da análise multitraço-multimétodo (Multitrait Multimethod Matrices - MTMM) com o cálculo das variâncias médias extraídas (AVE). A validade discriminante é atestada quando os valores das AVEs de ambos fatores são maiores do que o quadrado da correlação entre os fatores (FORNELL et al., 1981). As análises fatoriais foram realizadas utilizando-se o

estimador WLSMV e o link PROBIT. Como critério para extração dos fatores foram retidos autovalores maiores ou iguais a um, prevalecendo o sentido teórico dos fatores. Para as cargas fatoriais foram aceitos valores iguais ou superiores a 0,4 para que o item fosse considerado como pertencendo ao constructo. Para melhor interpretação dos dados, tais análises foram seguidas de rotação oblíqua Geomin. Essas análises, incluindo a análise fatorial exploratória (AFE), foram realizadas com os dados de metade da amostra e a análise fatorial confirmatória (AFC) com a outra metade. Para avaliação do ajuste dos modelos exploratório e confirmatório foram utilizados o *Qui-quadrado* (χ^2), o *Comparative Fit Index* (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA) e *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). O teste de *Qui-quadrado* testa se a matriz de covariância predita se ajusta à matriz de covariância amostral. Para um ajuste aceitável, o valor do χ^2 deve aceitar a hipótese nula (p-valor não significativo > 0,05). O CFI e o TLI calculam o ajuste relativo do modelo observado ao compará-lo com um modelo de base, cujos valores superiores a 0,90 indicam ajuste adequado. Por sua vez, o RMSEA demonstra quão bem o modelo fatorial reproduz a matriz de covariância amostral, sendo considerado uma medida de bom ajuste $RMSEA \leq 0,06$. O SRMR representa a média das discrepâncias entre a matriz observada e modelada, com valores aceitáveis $\leq 0,08$. (HU et al., 1999).

5.13 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foram observadas as regras previstas na Resolução 466/12 e o protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Rio Dos Sinos (UNISINOS) sob nº 15/287.

A coleta de dados foi realizada somente após explicação e esclarecimento de possíveis dúvidas sobre o estudo às equipes diretivas das escolas, bem como aos pais/responsáveis dos escolares, e da obtenção da assinatura do TCLE.

Aos entrevistados foi garantido total anonimato em relação aos dados, bem como o direito de optar por não participar da pesquisa ou poder abandoná-la a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Os principais resultados serão apresentados aos pais/responsáveis e às escolas.

6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados do presente projeto de pesquisa serão divulgados por meio de publicações de artigos em periódicos científicos e apresentações de trabalhos em congressos das áreas de Saúde Coletiva e Nutrição.

8 ORÇAMENTO

Os recursos para execução da pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores.

Despesas de Custeio	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Material de escritório			1.000,00
Reprodução das cartas de apresentação, dos questionários, TCLE, manual de instrução	37.500	0,15	5.625,00
Deslocamento			1.000
Notebook Dell	1	3.050	3.050
Pen drive 8GB	1	16,00	16,00
Tradução de artigos da tese	2	1.000	2.000
Total			R\$ 12.691

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, B. D. AND B. L. BARBER. Embodied image: gender differences in functional and aesthetic body image among Australian adolescents. *Body Image* 7(1): 22-31, 2010.
- ALLEN, K. L. et al. Early onset binge eating and purging eating disorders: course and outcome in a population-based study of adolescents. **J Abnorm Child Psychol**, 41(7): 1083-96, 2013.
- ALVES, E. et al. 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**. 2008; 24:503-512.
- AMBROSINI, GL et al. Identification of a dietary pattern prospectively associated with increased adiposity during childhood and adolescence. **International Journal of Obesity** n. 36, p. 1299–1305, 2012.
- APA, AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders –DSM-5 (5th. ed.)**. Washington: American Psychiatric Association 2013.
- BALDASSO, J. G., GALANTE, A. P. and DE PIANO GANEN, A. Impact of actions of food and nutrition education program in a population of adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, 29(1): 65-75, 2016.
- BANNA, J., et al. Influences on eating: a qualitative study of adolescents in a periurban area in Lima, Per. **BMC Public Health**, 16:40, 2016.
- BARLOW, S. E.; EXPERT, COMMITTEE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. **Pediatrics**, v. 120 Suppl 4, p. S164-92, Dec 2007.
- BARROS, A.J.D E HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3:21, 2003.
- BERGE, J. M. et al. Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered eating behaviors. **JAMA Pediatr**. 2013;167(8):746-753.
- BERGE, J.M.et al. Cumulative Encouragement to Diet From Adolescence to Adulthood: Longitudinal Associations With Health, Psychosocial Well-Being, and Romantic Relationships. **Journal of Adolescent Health**, (65) 690-697, 2019.

BERTOLDI, A. et al. Medicine use among adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cad Saúde Pública**. 2010; 26(10):1945-1953.

BIGHETTI F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. 2003. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2003

BITTENCOURT, L.J.; NUNES, M.O.; OLIVEIRA, J.J.F.; CARON, J. Risco para transtornos alimentares em escolares de Salvador, Bahia, e a dimensão raça/cor. **Rev. Nutr., Campinas**, 26(5):497-508, set./out., 2013.

BODEL, L.P.; WILDES, J.E.; CHENG, Y.; GOLDSCHMIDT, A.B.; KEENAN, K.; HIPWELL, A.E.; STEPP, S.D. Associations between Race and Eating Disorder Symptom Trajectories in Black and White Girls. **J Abnorm Child Psychol**, April, 46(3): 625–638, 2018.

BRÊTAS, J. et al. Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta Paul Enferm**. 2008; 21:404-411.

CALADO, M. et al. The mass media exposure and disordered eating behaviours in Spanish secondary students. **Eur Eat Disord Rev**, v. 18, n. 5, p. 417-27, Sep-Oct 2010.

CARDOSO, S., et al. Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: associação com padrões alimentares do agregado familiar. **Rev Port Saúde Pública**.**33(2)**:128–136, 2015.

CASTRO, Z. M. V. et al. Graduação em nutrição como fator de risco para transtornos alimentares. **Rev Nutr Brasil**. 2010; 9(5):281-284.

CHENG, TL.; GOODMAN, E. Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status in Research on Child Health. **Pediatrics**, 135, 1, 2015.

CROLL, J. et al. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. **Journal of Adolescent Health**, v. 31, n. 2, p. 166-175, 8// 2002.

CURRIE, C. Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: **World Health Organization - WHO**; Edinburg: University of Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit - CAHRU, 2012. 252 p. (Health policy for children and adolescents, n. 6). Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-andwell-being-among-young-people.pdf>.

COELHO, J. S.; LEE, T.; KARNABI, P.; BURNS, A.; MARSHALL, S.; GELLER, J.; et al. Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. **Journal of Eating Disorders**, v. 6, n.40, p1-12, 2018.

- D'AVILA, H.F.; CÁ.S. S.; MELLO. E.D. Instrumentos para avaliar o comportamento alimentar de crianças e adolescentes **Demetra**, 15:1-8, 2020.
- DE SOUZA FERREIRA, J. E.; DA VEIGA, G. V. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. **Appetite**, v. 51, n. 2, p. 249-55, Sep 2008.
- DEVELLIS RF. Reliability. In *Scale Development Theory and Applications*, 4th Ed. Sage: Los Angeles, 2017, 49-85.
- DICLEMENTE, R. J. et al. Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. . **Pediatrics**, v. 107, p. 1363-1368, 2001.
- DRIEBERG, H.; MCEVOY, P.M.; HOILES, K.J.; SHU, C.Y.; EGAN, S.J. An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. **Eating Behaviors**, n.32, p.53–59, 2019.
- DUNKER, K.L.L.; FERNADES, C.P.B.; FILHO, D.C. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **J Bras Psiquiatr**, 58(3):156-161, 2009.
- EL-DEN, S; SCHNEIDER, C; MIRZAEI, A; CARTER, S. How to measure a latent construct: Psychometric principles for the development and validation of measurement instruments. **International Journal of Pharmacy Practice**, 28: 326-336, 2020.
- ENES, C. C. and B. SLATER. Obesity in adolescence and its main determinants. **Rev Bras Epidemiol** 13(1): 163-171, 2010.
- FAIRBURN, C.G., & BEGLIN, S.J. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? **International Journal of Eating Disorders**, 16(4): 363-370, 1994
- FERREIRA, J.E.S; VEIGA, G.V. Confiabilidade (teste-reteste) de um questionário simplificado para triagem de adolescentes com comportamentos de risco para transtornos alimentares em estudos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 393-401, 2008.
- FERREIRA, J. E. et al. Disordered eating behaviors in adolescents and adults living in the same household in metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. **Psychiatry Res**, v. 210, n. 2, p. 612-7, Dec 15 2013.
- FERREIRA C.S.; ANDRADE F.B. Tendência de atitudes extremas em relação ao peso em adolescentes e sua relação com suporte familiar e imagem corporal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(5):1599-1606, 2020.
- FIELD, A. E. et al. Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. **Pediatrics**, 130(2): e289-95, 2012.

FORNELL C, LARCKER DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research.**, 18(1),39-50, 1981.

FORTES, L.S.; CIPRIANI, F.M.; FERREIRA, M.E.C. Risk behaviors for eating disorder: factors associated in adolescent students. **Trends Psychiatry Psychother**, 35(4): 279-286, 2013.

FORTES, L.S.; FILGUEIRAS, J.F.; FERREIRA, M.E.C. Comportamentos de risco para transtornos alimentares e sintomas depressivos: um estudo com jovens do sexo feminino de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 11, p. 1-9, 2014.

FORTES, L. S. et al. Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para transtornos alimentares? **Revista de Nutrição**, v. 28, p. 253-264, 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Adolescence: A time that matters**. Nova Iorque: UNICEF, 2002, p. 7;

_____. **Adolescent Development: Perspectives and frameworks** – A summary of adolescent needs, an analysis of the various programme approaches and general recommendations for adolescent programming. In: Learning Series n. 1. Nova Iorque: UNICEF, p. 3, 2006.

_____. **Situação Mundial da Infância**. Nova Iorque: UNICEF, 2011, p. 6.

GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychol Med**, 9:273-279, 1979.

GARNER, D.M.; OLMSTEAD, M.P.; POLIVY, J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. **International Journal of Eating Disorders**, 2(2): 15-34, 1983.

GILLISON, F.B. et al. Can it be harmful for parents to talk to their child about their weight? A meta-analysis. *Preventive Medicine*, (93):135–146, 2016. .

GOLDSCHMIDT, A.B.; WALL, M., LOTH, K.A.; LE GRANGE, D.; NEUMARK-SZTAINER, D. Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. **J Adolesc Health**, 51(1):86-92, 2012.

GOMES, J.P. et al. Associação entre comportamento alimentar, consumo de cigarro, drogas e episódios depressivos em adolescentes. **Revista de Nutrição**, v. 23, p. 755-762, 2010.

GORMALLY, J.; BLACK, S.; DASTON, S.; RARDIN, D. The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addict Behav.**, 7:47-55, 1982.

GUIMARÃES, T.J.; PÉREZ, A.; DUNKER, K.L.L. Impacto de práticas parentais de peso e dieta na imagem corporal de adolescentes do sexo feminino. **J Bras Psiquiatr.** 69(1):31-7, 2020.

HAIR, J.F., BLACK, W.C., BABIN, B.J. AND ANDERSON, R.E. *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition, Pearson, New York, 2009.

HAY, P. The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey. **Int J Eat Disord**, v. 23, n. 4, p. 371-82, May 1998.

HENDERSON, M. & FREEMAN, C.P. A self-rating scale for bulimia. The BITE. **Brit. J. Psychiatr.**, London, 150:18-24, 1987.

HILUY, J.; NUNES, F.T.; PEDROSA, M.A.A.; APPOLINARIO, J.C. Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11. **Debates em Psiquiatria**, Jul/Set: 6-13, 2019

HU LT, BENTLER PM. Cut-off criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1): 1–55, 1999.

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

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009**: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2010a.

_____. **Sinopse do Censo Demográfico**. 2010b.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012**. IBGE. Rio de Janeiro 2013.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2015**. Rio de Janeiro, 2016

INEP, INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. 2013. Disponível em: < <http://portal.inep.gov.br/basica-censo> >. Acesso em: 10 out 2015.

JAITE, C.; FALK HOFFMANN. F.; GLAESKE, G.; BACHMANN, C.J. Prevalence, comorbidities and outpatient treatment of anorexia and bulimia nervosa in German children and adolescents. **Eat Weight Disord**, 18:157–165, 2013.

JOHNSON, S. B., et al. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. **J Adolesc Health** 45(3): 216-221, 2009.

KANN L., et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2013. **MMWR Surveill Summ.** 13(63):1-168, 2014.

KAMODY, R.C.; LYDECKER, J.A. Parental Feeding Practices and Children's Disordered Eating Among Single Parents and Co-Parents. **Int J Eat Disord.**, 54(5): 812–820, 2021.

KEERY, H.; VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, J. K. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. **Body Image**, v. 1, n. 3, p. 237-51, Sep 2004.

LARSON, N. I.; NEUMARK-SZTAINER, D.; STORY, M. Weight control behaviors and dietary intake among adolescents and young adults: longitudinal findings from Project EAT. **J Am Diet Assoc**, 109(11):1869-77, 2009.

LARSON, N, et al. Body dissatisfaction and disordered eating are prevalent problems among U.S. young people from diverse socioeconomic backgrounds: Findings from the EAT 2010–2018 study. **Eating Behaviors**, 42, 10153, 2021.

LEAL, G.V.S. et al. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, p. 62-75, 2013.

LOTH, K. A. et al. Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood. **J Adolesc Health**, v. 55, n. 5, p. 705-12, Nov 2014

MAJA BATISTA; , ANTIĆ, L.Z.; ŽAJA, O.; JAKOVINA, T.; BEGOVAC, I. Predictors of Eating Disorder Risk in Anorexia Nervosa Adolescents. **Acta Clin Croat**, 57:399-410, 2018.

MELVIN, L.; WOLKMAR, F.R. . **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência** Porto Alegre: 1993.

MICALI, N. et al. Frequency and patterns of eating disorder symptoms in early adolescence. **J Adolesc Health**, v. 54, n. 5, p. 574-81, May 2014.

MIKKILA, V. et al. Consistent dietary patterns identified from childhood to adulthood: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. **British Journal of Nutrition**, n. 93, p. 923-931, 2005.

MILLER, C. A.; GOLDEN, N. H. An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. **Nutr Clin Pract**, v. 25, n. 2, p. 110-5, Apr 2010.

MONROE-LORD, L.; JONES, B.L.; RICHARDS, R.; REICKS, M.; GUNTHER, C.; BANNA, J.; TOPHAM, G.L.; ET AL. Parenting Practices and Adolescents' Eating Behaviors in African American Families. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 19(110): 1-13, 2022.

MONT'ALVERNE, C.G.B.; CATRIB, A.M.F. Promoção da saúde e as escolas: como avançar. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 26, n. 3, p. 307-308, 2013.

MORAES, A. C. et al. Factors associated with medicine use and self medication are different in adolescents. **Clinics**. 2011; 66(7):1149-1155.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. **J Adolesc Health**. 2006; 39(2):244-251.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from project EAT. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 162, n. 1, p. 17-22, Jan 2008.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? **J Adolesc Health**. 47(3):270-276, 2010.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. **J Am Diet Assoc**, v. 111, n. 7, p. 1004-11, Jul 2011.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. **J Adolesc Health**, v. 50, 2012.

OLIVEIRA, L.L.; & DEIRO, C.P. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, 15(1): 36-49, 2013.

OLSEN, E.; KOCH, V.S.; SKOVGAARD, A.M.; STRANDBERG-LARSEN, K. Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort—A study of prevalence, correlates, and impact. **Int J Eat Disord.**, 54:492–505, 2021.

PAMIES-AUBALAT, L.; MARCOS, Y.; CASTAÑO, M. Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. **Med Clin**. 2011; 136(4): 139-143.

PASQUALI, L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43 (Esp):992-999.

PETISCO-RODRÍGUEZ, C.; SÁNCHEZ-SÁNCHEZ, L.C.; FERNÁNDEZ-GARCÍA, R.; SÁNCHEZ-SÁNCHEZ, J.; GARCÍA-MONTES, J.M. Disordered Eating Attitudes, Anxiety, Self-Esteem and Perfectionism in Young Athletes and Non-Athletes. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 17(18):6754, 2020.

PETROVICS, P. et al. Examination of Self-Esteem, Body Image, Eating Attitudes and Cardiorespiratory Performance in Adolescents. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 18,1317, 2021.

PRATTA, E. M. M. and M. A. D. SANTOS. "Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros." *Psicologia em Estudo* 12(2): 247-256, 2007.

QUATTLEBAUM, M.; BURKE, N.L.; HIGGINS NEYLAND, M.K.; LEU, W.; SCHVEY, N.A.; PINE, A.; et al. Sex differences in eating related behaviors and psychopathology among adolescent military dependents at risk for adult obesity and eating disorders. **Eating Behaviors** n.33, p.73–77, 2019.

RAO, U., et al. Relationship between adolescent risk preferences on a laboratory task and behavioral measures of risk-taking. **J Adolesc Health** 48(2): 151-158, 2011.

RODGERS, R. F.; PAXTON, S. J.; CHABROL, H. Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: a sociocultural model. **Body Image**, v. 6, n. 3, p. 171-7, Jun 2009.

RODGERS, R. F.; PAXTON, S. J.; MCLEAN, S. A. A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescent girls. **J Youth Adolesc**, v. 43, n. 5, p. 814-23, May 2014.

RUBIO DM, BER-WEGER M, TEBB SS, LEE ES, RAUCH S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res**, 27(2):94-111, 2003.

SAVAGE, J.S.; FISHER, J.O.; BIRCH, L.L. Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. **J Law Med Ethics**., 35(1): 22–34, 2007

SENNA, S. R. C. M. and M. A. DESSEN. Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** 28(1): 101-108, 2012

SHARPE, H.; GRIFFITHS, S. The relative importance of dissatisfaction, overvaluation and preoccupation with weight and shape for predicting onset of disordered eating behaviors and depressive symptoms over 15 years. v. 51, n. 10, p. 1168-1175, Oct 2018.

SHAW S., CRISP V. Tracing the evolution of validity in educational measurement: past issues and contemporary challenges. **Res. Matters**, 11:14–19, 2011.

SILVA, V. & MATTOS, H. **Os jovens são mais vulneráveis às drogas?**. In: I. Pinsky & M. A. Bessa (Orgs.), *Adolescência e drogas* (pp. 31-44). São Paulo: Contexto, 2004.

SILVA, D. C. A., et al. Percepção de adolescentes sobre a prática de alimentação saudável. **Cien Saude Colet** 20(11): 3299-3308, 2015.

SILVA, S. U. et al. Estado nutricional, imagem corporal e associação com comportamentos extremos para controle de peso em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2018.

SONNEVILLE, K.R.; CALZO, J.P; HORTON, N.J.; HAINES, J.; AUSTIN, B.; FIELD, A.E. Body Satisfaction, Weight Gain, and Binge Eating Among Overweight Adolescent Girls. **Int J Obes**, n.36, (7): 944–949, 2012.

SOUZA, A. M., et al. ERICA: ingestão de macro e micronutrientes em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública** 50(supl 1): 1-15, 2016

SOUZA, A,C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(3):649-659, jul-set 2017.

ŠTEFANOVÁ, E.; BAKALÁR, P.; BAŠKA, T. Eating-Disordered Behavior in Adolescents: Associations with Body Image, Body Composition and Physical Activity. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 17(18): 6665, 2020

STICE, E. et al. Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: a 5-year prospective study. **J Abnorm Psychol**, 117(4): 941-6, 2008.

TALLÓN, M. A. J., et al. Evaluacion del clima familiar en una muestra de adolescentes. **Rev. de Psicol. Gral y Aplic.** 52(4): 453-462, 1999

TAVARES, L. F. et al. Padrões alimentares de adolescentes brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Cad Saúde Pública**. 2014; 30(12):2679-2690.

TEIXEIRA, C. S. et al. Transtornos Alimentares em adolescentes de uma escola estadual do noroeste paulista. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 84-87, jul. 2015.

UCHÔA, F.N.M.; UCHÔA, N.M.; DANIELE, T.M.C., LUSTOSA, R.P.; GARRIDO, N.D.; DEANA, N.F. et al. Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 16(1508): 1-14, **2019**.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables. Working Paper No.228, 118p., 2013.

UZUNIAN, L.G; VITALLE, M.S.S. Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.11, p. 3495-3508, 2015.

VALE, D.; DANTAS, R.F.; AMORIM, G.K.D.; LYRA, C.O.; OLIVEIRA, A.G.R.C. Determinantes sociais de comportamentos alimentares desordenados entre adolescentes brasileiros. **Debates em Psiquiatria**, 11:1-22, 2021

ZAMANI SANI, S.H.; FATHIREZAIE, Z.; GERBER, M.; et al. Self-Esteem and Symptoms of Eating-Disordered Behavior Among Female Adolescents. **Psychological Reports**, 124(4):1515-1538, 2021.

ZUBATSKY, M.; BERGE, J.; NEUMARK-SZTAINER, D. Longitudinal associations between parenting style and adolescent disordered eating behaviors. **Eat Weight Disord**, v. 20, n. 2, p. 187-94, Jun 2015.

WEINBERG C. **Adolescência e transtornos alimentares**. In: Weinberg C. Transtornos alimentares na infância e adolescência – uma visão multidisciplinar. São Paulo: Sá Editora, 2008; p.47-58.

WESTERBERG-JACOBSON, J.; GHADERI, A.; EDLUND, B. A Longitudinal Study of Motives for Wishing to Be Thinner and Weight-control Practices in 7- to 18-Year-Old Swedish Girls. **Eur. Eat. Disorders Rev.** 20(4): 294-302, 2011.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The health of children and adolescents in WHO's European Region**. Vienna: WHO Regional Committee for Europe 2003.

_____. **School health and youth health promotion** - global school health initiative. World Health Organization, 2008.

WILLIAMSON, D. A.; SMITH, C. F.; & BARBIN, J. M. Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos da alimentação. In V. E. Caballo (Org.), Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade p.162-183, São Paulo: Santos Editora, 2007.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO



PESQUISA COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE DOS ESCOLARES DE
CAXIAS DO SUL
2016

Número do questionário _____

Escola _____

Ano _____ Turma _____

Prezado(a) escolar:

MUITO OBRIGADO por participar da nossa pesquisa! As suas respostas são muito importantes, pois irão ajudar a conhecer a saúde dos escolares de Caxias do Sul.

Orientações para responder o questionário:



- ✓ Não coloque o seu nome no questionário, pois **você não será identificado.**
- ✓ Isso não é um teste, portanto **não existe questões certas ou erradas.**
- ✓ Por favor, seja honesto e verdadeiro nas suas respostas.
- ✓ Leia atentamente cada questão.
- ✓ Nas questões de assinalar marque com um **X**.
- ✓ Nas questões de completar, você deve **preencher** com a informação que está sendo solicitada.

Vamos iniciar com algumas perguntas gerais sobre VOCÊ e sua FAMÍLIA		
1. Em qual ano da escola você está?	<input type="checkbox"/> 8° <input type="checkbox"/> 9°	ano —
2. Qual é o seu sexo?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	sexo —
3. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 12 anos <input type="checkbox"/> 16 anos <input type="checkbox"/> 13 anos <input type="checkbox"/> 17 anos <input type="checkbox"/> 14 anos <input type="checkbox"/> 18 anos <input type="checkbox"/> 15 anos <input type="checkbox"/> 19 anos ou mais	idade —
4. Qual é o mês do seu aniversário?	<input type="checkbox"/> Janeiro <input type="checkbox"/> Julho <input type="checkbox"/> Fevereiro <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Março <input type="checkbox"/> Setembro <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Outubro <input type="checkbox"/> Maio <input type="checkbox"/> Novembro <input type="checkbox"/> Junho <input type="checkbox"/> Dezembro	mesnasc —
5. Em que ano você nasceu?	<input type="checkbox"/> 1996 ou antes <input type="checkbox"/> 2001 <input type="checkbox"/> 1997 <input type="checkbox"/> 2002 <input type="checkbox"/> 1998 <input type="checkbox"/> 2003 <input type="checkbox"/> 1999 <input type="checkbox"/> 2004 <input type="checkbox"/> 2000	anonasc —
6. Qual é a sua cor ou raça?	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Mulata <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	cor —
7. Você possui algum trabalho que recebe salário?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	trab —
8. Qual o contato que você mantém com a sua mãe?	<input type="checkbox"/> Moro com ela <input type="checkbox"/> Não moro com ela, mas vejo ela pelo menos 1 vez por semana <input type="checkbox"/> Não moro com ela, mas vejo ela de vez em quando (menos de 1 vez por semana) <input type="checkbox"/> Não moro com ela e não a vejo nunca ou ela já morreu	contama e —
9. Qual o contato que você mantém com o seu pai?	<input type="checkbox"/> Moro com ele <input type="checkbox"/> Não moro com ele, mas vejo ele pelo menos 1 vez por semana <input type="checkbox"/> Não moro com ele, mas vejo ele de vez em quando (menos de 1 vez por semana) <input type="checkbox"/> Não moro com ele e não o vejo nunca ou ele já morreu	contapai —

10. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento?	1 <input type="checkbox"/> 1 pessoa (moro sozinho) 2 <input type="checkbox"/> 2 pessoas 3 <input type="checkbox"/> 3 pessoas 4 <input type="checkbox"/> 4 pessoas 5 <input type="checkbox"/> 5 pessoas	6 <input type="checkbox"/> 6 pessoas 7 <input type="checkbox"/> 7 pessoas 8 <input type="checkbox"/> 8 pessoas 9 <input type="checkbox"/> 9 pessoas 10 <input type="checkbox"/> 10 pessoas ou mais	morad —
11. Você tem irmãos ou irmãs?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		irmao —
12. Quantos dos seus irmãos ou suas irmãs moram na mesma casa ou apartamento que você?	0 <input type="checkbox"/> Não tenho ou nenhum mora comigo 1 <input type="checkbox"/> Tenho _____ irmão(s) ou irmã(s) (coloque o número de irmãos ou irmãs que moram com você)		nirmao —
13. Quem é o principal responsável pela sua casa ou apartamento? (Considere como principal responsável a pessoa que mais ganha dinheiro em sua casa, não importa se é o pai, a mãe ou outra pessoa responsável por você)	1 <input type="checkbox"/> Meu pai 2 <input type="checkbox"/> Minha mãe 3 <input type="checkbox"/> Meu pai e minha mãe 4 <input type="checkbox"/> Outra pessoa, quem? _____		respons —
14. Qual o nível (grau) de ensino que sua mãe estudou ou estuda?	0 <input type="checkbox"/> Minha mãe não estudou. 1 <input type="checkbox"/> Minha mãe começou o ensino fundamental (ou 1º grau), mas não terminou. 2 <input type="checkbox"/> Minha mãe terminou o ensino fundamental (ou 1º grau). 3 <input type="checkbox"/> Minha mãe começou o ensino médio (ou 2º grau), mas não terminou. 4 <input type="checkbox"/> Minha mãe terminou o ensino médio (ou 2º grau). 5 <input type="checkbox"/> Minha mãe começou a faculdade (ensino superior), mas não terminou. 6 <input type="checkbox"/> Minha mãe terminou a faculdade (ensino superior, inclusive pós-graduação, mestrado e doutorado em curso ou terminado) 7 <input type="checkbox"/> Não sei		escmae —
16. Na sua casa ou apartamento tem telefone fixo (convencional)?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		telef —
17. Você tem celular?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		celular —
18. Na sua casa ou apartamento tem computador (de mesa, ou netbook, laptop, etc)? – Não contar tablet e smartphone	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		comput —
19. Você tem acesso à internet em sua casa ou apartamento?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		internet —
20. Alguém que mora na sua casa ou apartamento tem carro?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		carro —

21. Alguém que mora na sua casa ou apartamento tem moto?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	moto —
22. Quantos banheiros com chuveiro têm dentro da sua casa ou apartamento?	0 <input type="checkbox"/> Não tem banheiro com chuveiro dentro da minha casa 1 <input type="checkbox"/> 1 banheiro 2 <input type="checkbox"/> 2 banheiros 3 <input type="checkbox"/> 3 banheiros 4 <input type="checkbox"/> 4 banheiros ou mais	banheiro —
23. Tem empregado(a) doméstico(a) recebendo dinheiro para fazer o trabalho em sua casa ou apartamento, cinco ou mais dias por semana?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	emprego —
24. Como é seu relacionamento com os seus professores? 1 <input type="checkbox"/> Ótimo 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Péssimo		relação prof —
25. Como é seu relacionamento com os colegas da escola? 1 <input type="checkbox"/> Ótimo 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Péssimo		relação cole g. —
Nas próximas perguntas, queremos saber sobre a sua ALIMENTAÇÃO.		
26. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes você saiu de casa ou apartamento para comer em um restaurante ou lanchonete com a sua família ou seus amigos?	0 <input type="checkbox"/> Nenhuma vez nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 vez nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 vezes nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes nos últimos sete dias	comer fora a —
27. Você costuma comer quando está assistindo TV ou estudando?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim, todos os dias 2 <input type="checkbox"/> Sim, 5 a 6 dias por semana 3 <input type="checkbox"/> Sim, 3 a 4 dias por semana 4 <input type="checkbox"/> Sim, 1 a 2 dias por semana 5 <input type="checkbox"/> Sim, mas apenas raramente	comer TV —
28. Você costuma beliscar (comer pequenos lanches, como salgadinho, bolacha recheada, pipoca) enquanto assiste a TV?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim, todos os dias 2 <input type="checkbox"/> Sim, 5 a 6 dias por semana 3 <input type="checkbox"/> Sim, 3 a 4 dias por semana 4 <input type="checkbox"/> Sim, 1 a 2 dias por semana 5 <input type="checkbox"/> Sim, mas apenas raramente	beliscar —

<p>29. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu feijão?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi feijão nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>feijao —</p>
<p>30. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salgados fritos? Exemplo: batata frita (sem contar a batata de pacote) ou salgados fritos como coxinha de galinha, risoles, pastel frito, etc.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi salgados nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>salgado —</p>
<p>31. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu hambúrguer, salsicha, mortadela, salame/copa, presunto, nuggets ou linguiça?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi esses alimentos nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>embut —</p>
<p>32. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura cru ou cozido? Exemplo: couve, tomate, alface, rúcula, radicci, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, cenoura, etc. <u>Não inclua batata e aipim.</u></p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi legume ou verdura cru ou cozido nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>legverd —</p>
<p>33. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salada crua? Exemplo: alface, tomate, cenoura, pepino, cebola, rúcula, radicci, etc.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi salada crua nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>salacrua —</p>

<p>34. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu legumes ou verduras cozidas na comida, inclusive sopa? Exemplo: couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, cenoura, etc. <u>Não inclua batata e aipim.</u></p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi legumes ou verduras cozidas nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>legvecoz —</p>
<p>35. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos salgados ou bolachas salgadas?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi biscoitos salgados ou bolachas salgadas nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>biscsalg —</p>
<p>36. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos doces ou bolachas doces?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi biscoitos doces ou bolachas doces nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>biscdoce —</p>
<p>37. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salgadinho de pacote ou batata frita de pacote?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi salgadinho de pacote ou batata frita de pacote nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>salgapct —</p>
<p>38. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, rapadura, bombons ou pirulitos)?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi guloseimas nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>gulosei —</p>

<p>39. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu frutas frescas ou salada de frutas?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi frutas frescas ou salada de frutas nos últimos sete dias</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>fruta</p> <p>—</p>
<p>40. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou leite? (Considerar leite com café ou com chocolate, vitamina/batida, mingau. Não considerar “leite” de soja).</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não tomei leite nos últimos sete dias</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>leite</p> <p>—</p>
<p>41. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou achocolatado? (Exemplo: nescau[®], toddy[®], ovomaltine[®])</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não tomei achocolatado nos últimos sete dias</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>achocol</p> <p>—</p>
<p>42. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou refrigerante?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não tomei refrigerante nos últimos sete dias</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>refriger</p> <p>—</p>
<p>43. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu algo de um restaurante de fast food? (Exemplo: Mac Donald's[®], Burguer King[®], Habib's[®])</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi algo de um restaurante de <i>fast food</i> nos últimos sete dias</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>fastfood</p> <p>—</p>

<p>44. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou <u>suco de caixinha</u> ou <u>suco em pó</u>?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não tomei suco de caixinha ou suco em pó nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>succaix —</p>
<p>45. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu <u>queijo</u>?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não comi queijo nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>queijo —</p>
<p>46. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou algum tipo de <u>iogurte</u> ou <u>bebida láctea</u>? (Exemplo: iogurte natural, iogurte ou bebida láctea, nestle®, batavo®, danone®, santa clara®, piá®)</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não tomei algum iogurte nos últimos sete dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 6 dias nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos sete dias</p>	<p>iogurte —</p>
<p>47. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantos dias toda, ou quase toda, a sua família estava reunida para...</p>		<p>cafejun — almojun — jantjun —</p>
	<p style="text-align: center;">Nenhum dia 1-2 dias 3-4 dias 5-6 dias Todos os dias</p>	
<p>Tomar o café da manhã juntos?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	
<p>Almoçar juntos?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	
<p>Jantar juntos?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	
<p>48. Assinale a frequência que geralmente você realiza cada refeição abaixo:</p>		
	<p style="text-align: center;">Nunca realizo 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias</p>	
<p>Café da manhã</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>cafef_—</p>
<p>Lanche da manhã</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>lanmaf_—</p>
<p>Almoço</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>almof_—</p>
<p>Lanche da tarde</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>—</p>
<p>Jantar</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>lantarf_—</p>

Lanche da noite (após o jantar) 0 1 2 3 4

jantaf__

lanoif__

As perguntas abaixo são sobre o seu SONO.

49. Em dias de semana (segunda, terça, quarta, quinta e sexta-feira), que horas você costuma ir dormir?

|__ __| : |__ __|
hora minutos

dormes
e

50. Em dias de semana (segunda, terça, quarta, quinta e sexta-feira), que horas você costuma acordar?

|__ __| : |__ __|
hora minutos

acordas
e

51. Nos dias de finais de semana (sábado e domingo), que horas você costuma ir dormir?

|__ __| : |__ __|
hora minutos

dormefi
m

52. Nos dias de finais de semana (sábado e domingo), que horas você costuma acordar?

|__ __| : |__ __|
hora minutos

acordafi
m

53. No quarto (ou cômodo) onde você dorme tem...

Videogame (por exemplo, Playstation, Wii, Xbox)? 0 Não 1 Sim

Televisão? 0 Não 1 Sim

Computador? 0 Não 1 Sim

Qvidga
m__
qtv__
qcomp

54. Quando você vai deitar, você costuma ficar mexendo no tablet ou no celular? 0 Não 1 Raramente Às vezes Sempre

mexsma
rt

Agora queremos saber o tempo que você gasta fazendo atividades físicas e de lazer como praticar esportes (futebol, voleibol, basquete, handebol), caminhar, correr, andar de bicicleta, nadar, dançar. Outros tipos de lazer são: assistir TV, ficar no computador (jogando, na internet etc.).

55. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você foi a pé ou de bicicleta para a escola? (Não considerar garupa ou bicicleta elétrica)

- 0 Nenhum dia nos últimos sete dias (0 dia)
1 1 dia nos últimos sete dias
2 2 dias nos últimos sete dias
3 3 dias nos últimos sete dias
4 4 dias nos últimos sete dias
5 5 dias nos últimos sete dias
6 5 dias mais sábado, nos últimos sete dias
7 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos sete dias

vaiescol

<p>56. Quando você vai à escola a pé ou de bicicleta, quanto <u>tempo você gasta</u>? (Se você vai e volta, some o tempo que gasta)</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não vou à escola a pé ou de bicicleta 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 minutos por dia 2 <input type="checkbox"/> 10 a 19 minutos por dia 3 <input type="checkbox"/> 20 a 29 minutos por dia 4 <input type="checkbox"/> 30 a 39 minutos por dia 5 <input type="checkbox"/> 40 a 49 minutos por dia 6 <input type="checkbox"/> 50 a 59 minutos por dia 7 <input type="checkbox"/> 60 ou mais minutos por dia</p>	<p>temvaie sc —</p>
<p>57. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você <u>voltou a pé ou de bicicleta para a escola</u>? (Não considerar garupa ou bicicleta elétrica)</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos sete dias (0 dia) 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos sete dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos sete dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos sete dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos sete dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 5 dias mais sábado, nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos sete dias</p>	<p>voltaesc ol —</p>
<p>58. Quando você volta da escola a pé ou de bicicleta, quanto <u>tempo você gasta</u>? (Se você vai e volta, some o tempo que gasta)</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não volto da escola a pé ou de bicicleta 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 minutos por dia 2 <input type="checkbox"/> 10 a 19 minutos por dia 3 <input type="checkbox"/> 20 a 29 minutos por dia 4 <input type="checkbox"/> 30 a 39 minutos por dia 5 <input type="checkbox"/> 40 a 49 minutos por dia 6 <input type="checkbox"/> 50 a 59 minutos por dia 7 <input type="checkbox"/> 60 ou mais minutos por dia</p>	<p>tempvol es —</p>
<p>59. NOS ULTIMOS 7 DIAS, quantos dias você teve <u>aulas de educação física</u> na escola?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 7 dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos 7 dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos 7 dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos 7 dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos 7 dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos sete dias 6 <input type="checkbox"/> 5 dias mais sábado, nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos sete dias</p>	<p>edfísica —</p>
<p>60. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quanto tempo por dia você fez <u>atividade física ou esporte</u> durante as <u>aulas de educação física</u> na escola?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não fiz aula de educação física na escola 1 <input type="checkbox"/> Menos de 10 minutos por dia 2 <input type="checkbox"/> 10 a 19 minutos por dia 3 <input type="checkbox"/> 20 a 29 minutos por dia 4 <input type="checkbox"/> 30 a 39 minutos por dia 5 <input type="checkbox"/> 40 a 49 minutos por dia 6 <input type="checkbox"/> 50 a 59 minutos por dia 7 <input type="checkbox"/> De 1 hora a 1 hora e 19 minutos por dia 8 <input type="checkbox"/> 1 hora e 20 minutos ou mais por dia</p>	<p>ativespo r —</p>

<p>61. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educação física da escola, em quantos dias você <u>praticou</u> alguma atividade física como <u>esportes, dança, ginástica, musculação, lutas</u> ou outra atividade?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 7 dias 1 <input type="checkbox"/> 1 dia nos últimos 7 dias 2 <input type="checkbox"/> 2 dias nos últimos 7 dias 3 <input type="checkbox"/> 3 dias nos últimos 7 dias 4 <input type="checkbox"/> 4 dias nos últimos 7 dias 5 <input type="checkbox"/> 5 dias nos últimos 7 dias 6 <input type="checkbox"/> 5 dias mais sábado, nos últimos sete dias 7 <input type="checkbox"/> 5 dias mais sábado e domingo, nos últimos sete dias</p>	<p>ativfreq —</p>
<p>62. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades (como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade) que você faz? (SEM CONTAR as aulas de educação física)</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Menos de 10 minutos por dia 1 <input type="checkbox"/> 10 a 19 minutos por dia 2 <input type="checkbox"/> 20 a 29 minutos por dia 3 <input type="checkbox"/> 30 a 39 minutos por dia 4 <input type="checkbox"/> 40 a 49 minutos por dia 5 <input type="checkbox"/> 50 a 59 minutos por dia 6 <input type="checkbox"/> 1 hora ou mais minutos por dia</p>	<p>tempativ —</p>
<p>63. Em um dia de semana comum, quantas horas por dia você assiste a televisão? (NÃO CONTAR sábado, domingo e feriado)</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Não assisto a TV 1 <input type="checkbox"/> Até 1 hora por dia 2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 hora até 2 horas por dia 3 <input type="checkbox"/> Mais de 2 horas até 3 horas por dia 4 <input type="checkbox"/> Mais de 3 horas até 4 horas por dia 5 <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas até 5 horas por dia 6 <input type="checkbox"/> Mais de 5 horas até 6 horas por dia 7 <input type="checkbox"/> Mais de 6 horas até 7 horas por dia 8 <input type="checkbox"/> Mais de 7 horas até 8 horas por dia 9 <input type="checkbox"/> Mais de 8 horas por dia</p>	<p>assittv —</p>
<p>64. Em um dia de semana comum, quanto tempo você fica sentado(a), assistindo a televisão, usando computador, jogando videogame, conversando com amigos(as) ou fazendo outras atividade sentado? (NÃO CONTAR sábado, domingo, feriados e tempo sentado na escola)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Até 1 hora por dia 2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 hora até 2 horas por dia 3 <input type="checkbox"/> Mais de 2 horas até 3 horas por dia 4 <input type="checkbox"/> Mais de 3 horas até 4 horas por dia 5 <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas até 5 horas por dia 6 <input type="checkbox"/> Mais de 5 horas até 6 horas por dia 7 <input type="checkbox"/> Mais de 6 horas até 7 horas por dia 8 <input type="checkbox"/> Mais de 7 horas até 8 horas por dia 9 <input type="checkbox"/> Mais de 8 horas por dia</p>	<p>sentsem —</p>
<p>65. Durante os dias de final semana (sábado, domingo), quanto tempo você fica sentado(a), assistindo a televisão, usando computador, jogando videogame, conversando com amigos(as) ou fazendo outras atividades sentado(a)?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Até 1 hora por dia 2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 hora até 2 horas por dia 3 <input type="checkbox"/> Mais de 2 horas até 3 horas por dia 4 <input type="checkbox"/> Mais de 3 horas até 4 horas por dia 5 <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas até 5 horas por dia 6 <input type="checkbox"/> Mais de 5 horas até 6 horas por dia 7 <input type="checkbox"/> Mais de 6 horas até 7 horas por dia 8 <input type="checkbox"/> Mais de 7 horas até 8 horas por dia 9 <input type="checkbox"/> Mais de 8 horas por dia</p>	<p>sentfindi —</p>

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre PESO e DIETA.

66. Em relação ao seu peso, atualmente você está tentando:

1 Perder peso
 2 Continuar com o mesmo peso
 3 Ganhar peso
 4 Eu não estou tentando fazer nenhuma coisa em relação ao meu peso

pesotent

—

67. Com que frequência você costuma se pesar?

1 Menos de uma vez por mês
 2 Uma vez por mês
 3 Mais de uma vez por mês
 4 Uma vez por semana
 5 Mais de uma vez por semana
 6 Todos os dias
 7 Mais do que uma vez por dia

freqpesa

—

68. DURANTE O ANO PASSADO, com que frequência você fez dieta? Entenda o termo "dieta" como mudar a maneira de se alimentar com objetivo de perder peso.

1 Nunca
 2 1 a 4 vezes durante o último ano
 3 5 a 10 vezes durante o último ano
 4 Mais do que 10 vezes durante o último ano
 5 Estou sempre fazendo dieta

dieta

—

69. Durante o ano passado, com que frequência você fez cada uma das coisas descritas abaixo com objetivo de perder peso ou de evitar ganhar peso?

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Sempre
Fiz exercícios físicos:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Comi mais frutas e vegetais:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Comi menos alimentos ricos em gordura:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Comi menos doces:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Bebi menos refrigerante:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Diminui o tamanho das porções dos alimentos:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

compexer

—

compveg

—

compgord

—

compdoc

—

comprefri

—

compporc

—

70. Durante o ano passado, com que frequência você fez cada uma das coisas descritas abaixo com objetivo de ganhar ou tonificar os músculos?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
Fiz exercícios físicos:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mudei a minha alimentação:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Usei proteínas em pó (Whey protein) ou shakes:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Usei esteroides (anabolizante):	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Usei outra substância para ganhar músculo:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

muscexe

 muscalim

 muscprot

 muscest

 muscsubs

71. Com que frequência sua mãe ou a pessoa responsável por você (madrasta, avó, tia, outra):

	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
Faz dietas para perder peso ou evitar de ganhar peso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Te incentiva a comer alimentos saudáveis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Te incentiva a fazer dieta para controlar o teu peso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fala sobre o teu peso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Faz comentários sobre o peso de outras pessoas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

maediet

 maesaud

 maecopes

 maefala

 maecome

71. Com que frequência seu pai ou a pessoa responsável por você (padrasto, avô, tio, outro):

	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
Faz dietas para perder peso ou evitar de ganhar peso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Te incentiva a comer alimentos saudáveis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Te incentiva a fazer dieta para controlar o teu peso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fala sobre o seu peso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Faz comentários sobre o peso de outras pessoas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

paidiet

 paisaud

 paicopes

 paifala

 paicome

72. Com que frequência você costuma ler artigos de revistas que falam sobre dieta ou perda de peso?

1 Nunca
 2 Quase nunca
 3 Às vezes
 4 Sempre

lerrev

73. Com que frequência você costuma entrar em blogs ou sites que falam de dietas ou perda de peso?

1 Nunca
 2 Quase nunca
 3 Às vezes
 4 Sempre

blogsite

74. Alguma vez você já sofreu provocações ou piadas por colegas, amigos ou outros adolescentes por causa de seu peso?

0 Não
 1 Sim

provamig

75. Alguma vez você sofreu provocações ou piadas por alguém da sua família por causa do seu peso? Não Sim

provafam

Agora vamos te perguntar sobre episódios de **COMER EXCESSIVAMENTE** que você possa ter tido recentemente. Quando falamos comer excessivamente ou compulsão alimentar, estamos querendo dizer: **comer uma grande quantidade de comida de uma só vez** e ao mesmo tempo **sentir** que o ato de **comer ficou fora do seu controle naquele momento** (isto quer dizer que você não poderia se controlar em relação ao ato de comer demais, ou não poderia parar de comer uma vez que tivesse começado).

compuls

76. Nos últimos 3 meses, quantas vezes você comeu da forma como está descrito acima?

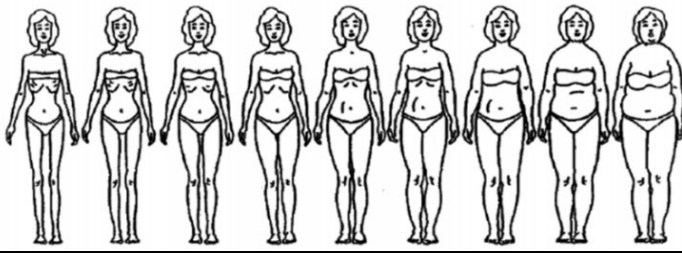
- nenhuma vez
 menos que 1 vez por semana
 1 vez por semana
 2 ou mais vezes por semana

77. Estas perguntas são sobre vários métodos que algumas pessoas utilizam para controlar o peso.

NOS ÚLTIMOS 3 MESES, você usou algum dos seguintes métodos para controlar o seu peso?

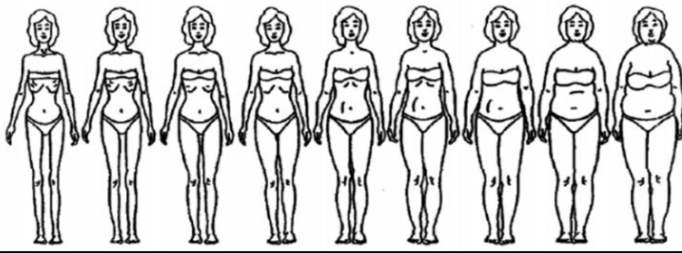
	Nenhuma vez	Menos que uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas ou mais vezes por semana	
Laxativos (são remédios que provocam diarreia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laxativo
Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diureti
Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vomito
Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	semcome
Remédios para emagrecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	remédio
Fumar mais cigarro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fumar
Pular refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pularref
Seguir uma dieta rica em proteínas (carnes, ovo, leite, etc) e com baixo carboidrato (pão, arroz, massa, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dietaptn

Gostaríamos de saber sobre como você **VÊ** o SEU CORPO.

PARA AS MENINAS:**78. Marque a figura que representa seu corpo ATUAL (como você se vê):**1 2 3 4 5 6 7

corpiatua

—

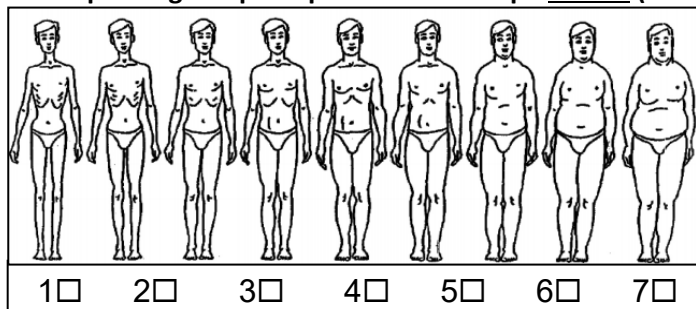
79. Marque a figura que representa o corpo IDEAL (que você gostaria de ter):1 2 3 4 5 6 7

corpidea

—

PARA OS MENINOS:

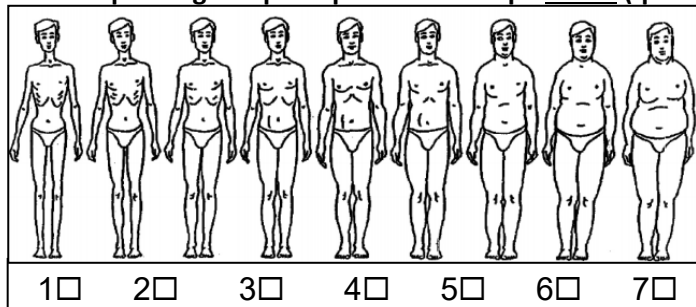
80. Marque a figura que representa seu corpo **ATUAL** (como você se vê):



corpiatua

—

81. Marque a figura que representa o corpo **IDEAL** (que você gostaria de ter):



corpidea

—

Agora queremos saber sobre os **SEUS PAIS** ou sobre as **pessoas responsáveis por você**, por exemplo, **madrasta, padrasto, avó, avô, tia, tio, outros**.

82. O quanto você acha que pode falar com a sua **mãe** ou com a **pessoa responsável por você** (madrasta, avó, tia, outra) sobre os seus problemas?

- 1 Nenhum pouco
 2 Um pouco
 3 Mais ou menos
 4 Muito
 5 Muitíssimo

maeprob

—

83. O quanto você sente que a sua **mãe** ou a **pessoa responsável por você** (madrasta, avó, tia, outra) se **preocupa com você**?

- 1 Nenhum pouco
 2 Um pouco
 3 Mais ou menos
 4 Muito
 5 Muitíssimo

maeprec

—

84. O quanto que a sua **mãe** ou a **pessoa responsável por você** (madrasta, avó, tia, outra) realmente sabe sobre...

	Não sabe	Sabe um pouco	Sabe muito
Quem são os seus amigos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Aonde você vai à noite?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Aonde você vai quando sai de casa?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

maeami

—

maenoit

—

maesaica

—

<p>85. Comparando com as outras mães, <u>quão rigorosa</u> você considera que sua mãe ou a pessoa responsável por você (madrasta, avó, tia, outra) é:</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Muito menos rigorosa que as outras mães 2 <input type="checkbox"/> Um pouco menos rigorosa que as outras mães 3 <input type="checkbox"/> Tão rigorosa quanto as outras mães 4 <input type="checkbox"/> Um pouco mais rigorosa que as outras mães 5 <input type="checkbox"/> Muito mais rigorosa que as outras mães</p>	<p>maerigor —</p>																
<p>86. O quanto você acha que pode falar com seu <u>pai</u> ou com <u>a pessoa responsável por você</u> (padrasto, avô, tio, outro) sobre os seus problemas?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Nenhum pouco 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Mais ou menos 4 <input type="checkbox"/> Muito 5 <input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO</p>	<p>paiprob —</p>																
<p>87. O quanto você sente que o seu <u>pai</u> ou <u>a pessoa responsável por você</u> (padrasto, avô, tio, outro) se <u>preocupa com você</u>?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Nenhum pouco 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Mais ou menos 4 <input type="checkbox"/> Muito 5 <input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO</p>	<p>paipreoc —</p>																
<p>88. O quanto que o seu pai ou <u>a pessoa responsável por você</u> (padrasto, avô, tio, outro) realmente sabe sobre...</p> <table border="1" data-bbox="39 884 1356 1131"> <thead> <tr> <th></th> <th>Não sabe</th> <th>Sabe um pouco</th> <th>Sabe muito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Quem são os seus amigos?</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aonde você vai à noite?</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aonde você vai quando sai de casa?</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Não sabe	Sabe um pouco	Sabe muito	Quem são os seus amigos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Aonde você vai à noite?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Aonde você vai quando sai de casa?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		<p>paiami — painoit — paisesaica —</p>
	Não sabe	Sabe um pouco	Sabe muito															
Quem são os seus amigos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>															
Aonde você vai à noite?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>															
Aonde você vai quando sai de casa?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>															
<p>89. Comparando com os outros pais, <u>quão rigoroso</u> você considera que seu pai ou <u>a pessoa responsável por você</u> (padrasto, avô, tio, outro) é:</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Muito menos rigoroso que os outros pais 2 <input type="checkbox"/> Um pouco menos rigoroso que os outros pais 3 <input type="checkbox"/> Tão rigoroso quanto os outros pais 4 <input type="checkbox"/> Um pouco mais rigoroso que os outros pais 5 <input type="checkbox"/> Muito mais rigoroso que os outros pais</p>	<p>pairigor —</p>																
<p>90. Em quantos dias de uma semana comum você e seus pais ou responsáveis fazem <u>juntos</u> alguma atividade de lazer <u>fora de casa</u> (passeio, show, praia, cinema, teatro, esportes, atividade física)?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca fazemos juntos atividades de lazer fora 1 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 dias na semana 2 <input type="checkbox"/> 4 ou mais dias na semana</p>	<p>lazerfora —</p>																
<p>91. Em quantos dias de uma semana comum você e seus pais ou responsáveis fazem <u>juntos</u> alguma atividade de lazer <u>em casa</u> (assistir TV, ouvir música, ver filme, jogar cartas ou outros jogos, etc)?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca fazemos juntos atividades de lazer fora 1 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 dias na semana 2 <input type="checkbox"/> 4 ou mais dias na semana</p>	<p>lazercasa —</p>																

Nas próximas perguntas queremos saber sobre a frequência e como você usa algumas REDES SOCIAIS. As redes sociais que vamos falar serão: FACEBOOK e INSTAGRAM.

92. Você tem um perfil em algumas das redes sociais abaixo?

Facebook	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Instagram	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

 face
 —
 insta
 —

93. Você curte ou segue no Facebook ou Instagram alguma das páginas abaixo que falem sobre:

Dicas para perder peso ou para evitar de ganhar peso	<input type="checkbox"/> Não tenho perfil	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Dietas para perder peso	<input type="checkbox"/> Não tenho perfil	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Receitas saudáveis	<input type="checkbox"/> Não tenho perfil	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Receitas <i>fitness</i> ou detox	<input type="checkbox"/> Não tenho perfil	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

 curtdicas
 —
 curtdieta
 —
 curtrece
 —
 Curtfitdet
 —

94. As questões abaixo se referem ao uso do Facebook e/ou Instagram. Você deve escolher a resposta que melhor reflete o grau que você concorda ou discorda das seguintes frases:

	discordo totalmente	discordo em parte	não concordo nem discordo	concordo em parte	concordo totalmente	
1. Quando eu <u>atualizo</u> o <u>status</u> do meu <u>Facebook</u> eu espero que as pessoas façam comentários a respeito da minha atualização.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	redesoci1 —
2. Quando eu <u>atualizo</u> o <u>status</u> do meu <u>Facebook</u> e ninguém faz comentários sobre a minha atualização eu fico frustrado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	redesoci2 —
3. Quando eu <u>posto</u> uma ou mais fotos no meu <u>Facebook</u> / <u>Instagram</u> eu espero que as pessoas façam comentários a respeito da(s) minha(s) foto(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	redesoci3 —
4. Quando eu <u>posto</u> uma ou mais fotos no meu <u>Facebook</u> / <u>Instagram</u> e ninguém faz comentários a respeito da(s) minha(s) foto(s) eu fico frustrado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	redesoci4 —
5. Eu costumo <u>ler</u> as <u>atualizações</u> de <u>status</u> do <u>Facebook</u> das outras pessoas para ver se eles estão se sentindo do mesmo jeito que eu me sinto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	redesoci5 —
6. Quando eu atualizo o meu <u>Facebook/Instagram</u> , <u>não me importo</u> se ninguém faz comentários sobre a minha atualização.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	redesoci6 —
7. Eu atualizo o meu status ou posto fotos no <u>Facebook</u> / <u>Instagram</u> diversas vezes por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	redesoci7 —

8. Ler as atualizações do <u>Facebook/Instagram</u> das outras pessoas costuma me fazer sentir triste ou chateado(a).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	redesoci8 —
9. Às vezes eu escrevo coisas negativas sobre mim no meu no <u>Facebook</u> para ver se as pessoas irão fazer algum comentário ruim sobre mim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	redesoci9 —
10. Eu considero <u>muito importante</u> ter <u>mais curtidas</u> ou <u>mais comentários</u> nas minhas fotos do que nas fotos dos meus amigos no <u>Facebook /Instagram</u> .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	redesoci10 —
11. Eu costumo tirar fotos em público com o principal objetivo de postar a fotos no <u>Facebook /Instagram</u> .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	redesoci11 —
12. Eu costumo ficar <u>comparando as minhas fotos</u> com as <u>fotos dos meus amigos</u> no <u>Facebook /Instagram</u> .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	redesoci12 —

Agora queremos saber sobre os seus SENTIMENTOS.

95. LEIA CADA FRASE COM ATENÇÃO E MARQUE COM UM X A OPÇÃO MAIS ADEQUADA PARA VOCÊ.

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo totalmente 4	
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti1 —
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti2 —
3. Levando tudo em conta, em penso que sou um fracasso.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti3 —
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti4 —
5. Eu acho que eu não tenho muito para me orgulhar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti5 —
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti6 —
7. No conjunto, estou satisfeito comigo mesmo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti7 —
8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti8 —
9. Às vezes eu me sinto inútil.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti9 —
10. Às vezes eu não presto para nada.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	auesti10 —

96. LEIA CADA FRASE COM ATENÇÃO E MARQUE COM UM X A OPÇÃO MAIS ADEQUADA PARA VOCÊ.

	Todo o tempo 5	Maior parte do tempo 4	Mais da metade do tempo 3	Menos da metade do tempo 2	Alguma parte do tempo 1	Nunca 0	
1. Você se sentiu de baixo astral ou triste?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre1 —
2. Você perdeu interesse em suas atividades diárias?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre2 —
3. Você sentiu falta de energia ou força?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre3 —
4. Você se sentiu menos autoconfiante?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre4 —
5. Você sentiu peso na consciência ou sentimento de culpa?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre5 —
6. Você sentiu que viver não vale a pena?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre6 —
7. Você teve dificuldade de concentração? Por exemplo ao ler jornal ou assistir a TV.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre7 —
8. Você se sentiu agitado?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre8 —
9. Você se sentiu desanimado ou mais lento?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre9 —
10. Você teve problemas para dormir à noite?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre10 —
11. Você esteve com o apetite diminuído? (menos fome normalmente)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre11 —
12. Você esteve com o apetite aumentado? (mais fome normalmente)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	depre12 —

As próximas perguntas são sobre USO DE CIGARRO e de OUTROS PRODUTOS DO TABACO por você e outras pessoas próximas a você.

97. Alguma vez na vida, você já fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim	fumou —
98. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros ou outros produtos de tabaco: <u>cigarros de palha ou enrolados a mão, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro indiano ou bali, narguilé, rapé, fumo de mascar etc.?</u>	0 <input type="checkbox"/> Nunca fumei cigarro 1 <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia) 2 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias nos últimos 30 dias 4 <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias nos últimos 30 dias 5 <input type="checkbox"/> 10 a 19 dias nos últimos 30 dias 6 <input type="checkbox"/> 20 a 29 dias nos últimos 30 dias 7 <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos 30 dias	freqfumo —
99. Algum de seus pais ou responsáveis fuma?	0 <input type="checkbox"/> Nenhum deles 1 <input type="checkbox"/> Só meu pai ou responsável do sexo masculino 2 <input type="checkbox"/> Só minha mãe ou responsável do sexo feminino 3 <input type="checkbox"/> Meu pai e minha mãe ou responsáveis 4 <input type="checkbox"/> Não sei	paisfuma —

As próximas perguntas referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas por você e pessoas próximas a você. Para respondê-las, considere que UMA DOSE DE BEBIDA corresponde a uma latinha de cerveja ou um copo de chope, ou uma taça de vinho, ou uma dose de cachaça/pinga, ou vodca, ou vodca-ice, ou uísque etc.

ATENÇÃO! A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui experimentar o gosto ou tomar alguns poucos goles como os de vinho para fins religiosos.

100. Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	bebalcoo —
101. Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque etc.)?	<input type="checkbox"/> Nunca tomei bebida alcoólica <input type="checkbox"/> 7 anos ou menos <input type="checkbox"/> 8 anos <input type="checkbox"/> 9 anos <input type="checkbox"/> 10 anos <input type="checkbox"/> 11 anos <input type="checkbox"/> 12 anos <input type="checkbox"/> 13 anos <input type="checkbox"/> 14 anos <input type="checkbox"/> 15 anos <input type="checkbox"/> 16 anos <input type="checkbox"/> 17 anos <input type="checkbox"/> 18 anos ou mais	idadbebalco o —
102. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc)	<input type="checkbox"/> Nunca tomei bebida alcoólica <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dias) <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 10 a 19 dias nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 20 a 29 dias nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> Todos os dias nos últimos 30 dias	freqbebalc —
103. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?	<input type="checkbox"/> Nunca tomei bebida alcoólica <input type="checkbox"/> Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias (0 dias) <input type="checkbox"/> Menos de um copo ou dose nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 1 copo ou 1 dose nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 2 copos ou 2 doses nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 3 copos ou 3 doses nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 4 copos ou 4 doses nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais nos últimos 30 dias	dosbebalc —
104. Quantos amigos seus consomem bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Poucos <input type="checkbox"/> Alguns <input type="checkbox"/> A maioria <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Não sei	amigbebalc —

As próximas perguntas são sobre uso de algumas drogas como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy, etc.

105. Alguma vez na vida, você já usou alguma droga como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy etc.?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	droga —
--	--	------------

<p>106. Que idade você tinha quando usou alguma droga como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy ou outra pela primeira vez?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca usei drogas</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 7 anos ou menos 7 <input type="checkbox"/> 13 anos</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 8 anos 8 <input type="checkbox"/> 14 anos</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 9 anos 9 <input type="checkbox"/> 15 anos</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 10 anos 10 <input type="checkbox"/> 16 anos</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 11 anos 11 <input type="checkbox"/> 17 anos</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 12 anos 12 <input type="checkbox"/> 18 anos ou mais</p>	<p>drogaidad —</p>																														
<p>107. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou droga como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy etc.?</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca usei drogas</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias nos últimos 30 dias</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias nos últimos 30 dias</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias nos últimos 30 dias</p>	<p>freqdrog —</p>																														
<p>108. Quantos amigos seus usam drogas?</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Nenhum 1 <input type="checkbox"/> Poucos 2 <input type="checkbox"/> Alguns 3 <input type="checkbox"/> A maioria 4 <input type="checkbox"/> Todos 5 <input type="checkbox"/> Não sei</p>		<p>amigdrog —</p>																														
<p>Para finalizar, vamos fazer perguntas sobre aspectos da sua SAÚDE.</p>																																
<p>109. Como você considera a sua saúde? 1 <input type="checkbox"/> excelente 2 <input type="checkbox"/> muito boa 3 <input type="checkbox"/> boa 4 <input type="checkbox"/> regular 5 <input type="checkbox"/> ruim</p>	<p>saúde —</p>																															
<p>110. Estas perguntas são sobre vários métodos que algumas pessoas utilizam para ficar acordado ou aumentar a concentração. NOS ÚLTIMOS 3 MESES, você usou alguns dos seguintes métodos?</p> <table border="1" data-bbox="44 1391 1337 1805"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nenhuma vez</th> <th>Menos que uma vez por semana</th> <th>Uma vez por semana</th> <th>Duas ou mais vezes por semana</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tomar café</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tomar chimarrão</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tomar energético</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tomar remédio</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tomar guaraná em pó</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Nenhuma vez	Menos que uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas ou mais vezes por semana	Tomar café	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Tomar chimarrão	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Tomar energético	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Tomar remédio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Tomar guaraná em pó	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<p>acorcafe — acorchim — acorener — acorrem — acorguar —</p>
	Nenhuma vez	Menos que uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas ou mais vezes por semana																												
Tomar café	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																												
Tomar chimarrão	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																												
Tomar energético	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																												
Tomar remédio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																												
Tomar guaraná em pó	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																												

111. Estas perguntas são sobre vários métodos que algumas pessoas utilizam para dormir ou para problemas dos nervos ou para quando estão tristes. NOS ÚLTIMOS 3 MESES, você usou alguns dos seguintes métodos?

	Nenhuma vez	Menos que uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas ou mais vezes por semana
Conversar sobre o problema com o colega	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Conversar sobre o problema com família	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Buscar apoio profissional (psicólogo, psiquiatra)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Tomar remédio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rezar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dormir mais para esquecer os problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

nervcole
—
nervfamil
—
nerprofi
—
nervrem
—
nerreza
—
nervdorm
—

111. Você toma remédio sem receita quando:

Já tem o remédio em casa?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim
Conhece alguém que já tomou?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim
Já tomou o remédio antes?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim
Leu a bula ou outra informação?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim
Consegue o remédio fácil?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim

remcasa___
remconh___
remant___
rembula___
—
remfacil___

Por último, queremos saber qual é o seu PESO e a sua ALTURA.

112. Qual é seu peso? _____ Kg

peso
— — — —

113. Qual é sua altura? _____ m

altura
— ' — — —

APÊNDICE B – MANUAL DO ENTREVISTADOR



**MANUAL DO ENTREVISTADOR – PESQUISA DE
COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE DOS ESCOLARES
DE CAXIAS DO SUL**

Este manual tem como finalidade orientar os entrevistadores sobre o processo de coleta de dados e possíveis dúvidas que possam surgir durante o preenchimento do questionário pelo escolar.

O estudo tem como objetivo geral **identificar os comportamentos de risco à saúde e seus fatores associados dos escolares do 8º e 9º ano matriculados em escolas públicas do município de Caxias do Sul, RS.**

O questionário será autoaplicável e será aplicado nos escolares matriculados (e presentes no dia da coleta) nas turmas sorteadas pelo estudo. Os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) serão entregues aos escolares previamente pela doutoranda Maria Luísa.

Orientações para entrega TCLE e agendamento coleta de dados:

1. Solicitar para conversar com o(a) diretor(a)/coordenador(a) pedagógico(a), de acordo com nome descrito na planilha e apresentar-se na escola como equipe de pesquisa.
2. Entregar uma cópia do projeto e do questionário, se for solicitado.
3. Nas escolas estaduais apresentar a carta de anuência. As escolas municipais já foram informadas via e-mail.
4. Verificar na planilha o número de turmas do 8º e do 9º naquela escola e confirmar o número de alunos em cada turma.
5. Anotar o número das turmas sorteadas na planilha e a quantidade de alunos em cada turma. Ex: 8A(28); 9B(31)
6. Entregar o TCLE para o(a) diretor(a)/coordenador(a) pedagógico(a), juntamente com a carta de orientações para a escola. Verificar sobre a

possibilidade de entrar nas salas de aula para explicar o projeto. Explicar sobre devolução do TCLE.

7. Verificar cronograma e agendar dia e horário (1 escola antes intervalo / 1 escola após intervalo) para coleta de dados. Observar para agendar a escola verificar o deslocamento. Dar preferência para agendar no mesmo dia as escolas com a mesma cor na planilha.
8. Para as escolas que foram sorteadas com 2 turmas de 8º e 2 turmas de 9º agendar somente 1 turno.
9. Anotar na planilha e no cronograma o dia e horário da coleta.

Orientações para coleta de dados:

1. Ao chegar na escola o entrevistador deve contatar o(a) diretor(a)/coordenador(a) pedagógico(a) e solicitar para aplicar o questionário nas turmas sorteadas.
2. Se o(a) diretor(a)/coordenador(a) pedagógico(a) já coletou previamente os TCLE assinados pelos pais/responsáveis, os mesmos devem ser armazenados nas caixa destinadas aos TCLE. Caso os TCLE estejam com os alunos, solicitar que entreguem juntamente com o questionário preenchido.
3. Apresentar-se na turma e retomar os objetivos da pesquisa (conhecer sobre a saúde dos adolescentes de Caxias do Sul) e explicar que a participação dos escolares consiste em responder o questionário.
4. Se tiver algum escolar que não possua condições para responder o questionário, solicitar para o(a) professor(a) ou monitor(a) que ele realize outra atividade.
5. Se algum aluno se recusar a responder o questionário, orientá-lo a deixar o mesmo virado em cima da mesa até que os demais respondam as perguntas.
6. Explicar que o preenchimento do questionário é anônimo, portanto eles **não devem colocar o nome**.
7. Solicitar que preencham o questionário de caneta azul ou preta.
8. Entregar o questionário a cada aluno e após fazer a leitura em conjunto das orientações que estão na primeira página:

- a. Não coloque o seu nome no questionário, pois você não será identificado.
 - b. Isso não é um teste, portanto não existe questões certas ou erradas.
 - c. Por favor, seja honesto e verdadeiro nas suas respostas.
 - d. Leia atentamente cada questão.
 - e. Nas questões de assinalar marque com um X (ou pinte o quadrado).
 - f. Nas questões de completar, você deve preencher com a informação que está sendo solicitada.
 - g. Nas questões de marcar, você deve escolher sempre 1 (UMA) alternativa.
 - h. NÃO mostre as suas respostas para ninguém.
 - i. Se você tiver dúvida, por favor levante a mão que um responsável irá lhe auxiliar.
9. Orientar para não preencher a coluna das variáveis.
 10. Solicitar que revisem se todas as questões foram respondidas antes de entregar o questionário.
 11. Quando o escolar finalizar o questionário, ele deve colocar na caixa lacrada destinada aos questionários preenchidos.

Possíveis dúvidas que podem surgir no preenchimento do questionário:

- ✓ Nos casos em que o escolar não convive com seu pai ou sua mãe por algum motivo, ele deve ser orientado a responder as questões que perguntam sobre seu pai ou sua mãe se referindo à pessoa responsável por ele. No caso da mãe, ele deve se referir a pessoa do sexo feminino que exerça a função de mãe, como madrasta, avó, tia. E para o pai, deve se referir a pessoa do sexo masculino que exerça a função de pai, como padrasto, avô, tio. Se ele não tiver ninguém que tenha a função de pai ou mãe, deixar aquela questão em branco.
- ✓ Caso o escolar erre ou rasure a sua resposta, orientar ele a circular a resposta correta.
- ✓ Se o escolar não souber o significado de alguma palavra, como por exemplo algum nome de droga ou tabaco, orientar que: se ele não sabe o significado da palavra é por que nunca utilizou a substância.

- ✓ Se o escolar tem alguma alergia ou intolerância alimentar orientar responder as questões sobre consumo alimentar a alternativa: “0 Não comi _____ nos últimos sete dias”
- ✓ Em caso de dúvidas que o entrevistador não souber responder, entrar em contato com a profa. Maria Luísa pelo telefone (54) 9989-9342.

APÊNDICE C – CARTA CONVITE EQUIPES DIRETIVAS

Prezado(a) Diretor(a)/Coordenador(a)

Primeiramente, gostaríamos de agradecer a oportunidade de realizar este estudo nesta escola.

A presente pesquisa tem como objetivo geral **identificar os comportamentos de risco à saúde e seus fatores associados dos escolares matriculados em escolas públicas do município de Caxias do Sul, RS**. A identificação desses comportamentos de riscos à saúde dos adolescentes contribuirá na elaboração de estratégias de promoção de saúde prevenção de doenças.

A participação do aluno consiste em responder o questionário em sala de aula, conforme data agendada. Neste primeiro momento, será enviado uma carta aos pais/responsáveis explicando sobre o estudo e termo de autorização. O aluno deverá devolver 1 via do termo de autorização assinado por um pai ou responsável até a data prevista para a coleta.

Os resultados serão divulgados no próximo semestre para toda a rede de ensino municipal e estadual.

Abaixo seguem as informações sobre a coleta dos dados:

- Turmas selecionadas: _____
- Aplicação do questionário:

Dia: ___ / ___ / ___

Horário: ___ : ___

Atenciosamente,

Profª Maria Luísa Gregoletto
Doutoranda em Saúde Coletiva - UNSINOS

APÊNDICE D – CARTA CONVITE AOS PAIS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIOS DOS SINOS
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CARTA CONVITE

PESQUISA COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE DOS ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE CAXIAS DO SUL/RS

Prezados pais ou responsáveis,

Estamos realizando uma **pesquisa com os escolares** matriculados no ensino fundamental de Caxias do Sul.

A participação do escolar nessa pesquisa é muito importante, pois irá nos ajudar a conhecer as características de **saúde** dos escolares da nossa cidade.

O escolar irá **responder um questionário, em sala de aula**, com perguntas sobre aspectos relacionados à saúde dele. O questionário será anônimo (sem identificação do nome).

Para a participação do escolar, você precisa **assinar o termo de autorização** que estamos enviando juntamente com este recado e solicitar que o aluno o entregue no dia da aplicação do questionário.

Caso não concorde, oriente seu filho a deixar o questionário em branco em cima da classe.

Agradecemos a sua colaboração,

Ruth Liane Henn
Coordenadora

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O projeto de pesquisa "Comportamentos de risco à saúde de adolescentes do ensino fundamental de Caxias do Sul, RS", sob a coordenação da professora Ruth Liane Henn, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS – São Leopoldo, será realizado em escolas da área urbana de Caxias do Sul. A pesquisa tem como objetivo identificar os comportamentos de risco à saúde e seus fatores associados em escolares matriculados no 6º ao 9º ano do ensino fundamental, e justifica-se por ser a adolescência um período em que ocorre a adoção de comportamentos que podem trazer riscos à saúde dos escolares.

Seu filho(a) responderá um questionário, que ele(a) mesmo(a) preencherá, sobre consumo alimentar, preocupação e cuidados com o corpo, atividade física, consumo de cigarro, álcool e outras drogas, uso de medicação, qualidade do sono, sentimentos e relacionamento com a família, com os amigos e com a escola. Além disto, serão medidos o seu peso, a sua altura e a circunferência da cintura. Os riscos da pesquisa são mínimos e se referem ao desconforto de responder um questionário e de submeter-se à aferição de medidas corporais. Os benefícios serão indiretos e coletivos, pois, a partir dos resultados, gestores e a comunidade escolar poderão planejar ações que visem à proteção e à promoção da saúde, bem como, à prevenção de doenças nesta população. Os pais/responsáveis também responderão um breve questionário, com dados gerais da família.

Todos receberão o questionário, mas só responderão aqueles escolares que, além de terem sido autorizados pelos seus pais/responsáveis, quiserem participar da pesquisa mediante assinatura no Termo de Assentimento. Ao final, os questionários serão colocados em envelopes pardos, sem identificação de qualquer natureza. A participação é voluntária, livre e gratuita, sem ônus ou encargos para o escolar ou para seus pais/responsáveis. O escolar tem o direito de não responder o questionário e de interromper a participação quando quiser, sem nenhum prejuízo.

A pesquisa não terá qualquer forma de identificação do adolescente, dos pais/responsáveis, ou de sua família. Os dados serão utilizados apenas para fins de divulgação de pesquisa científica e analisados de maneira a proteger a confidencialidade das informações e o anonimato das participantes. Os pais/responsáveis poderão solicitar informações sobre a pesquisa, a qualquer momento, antes, durante ou depois da mesma ter sido concluída, porém, não haverá devolução individual dos resultados, uma vez que não haverá nenhum tipo de identificação do adolescente. Os contatos poderão ser feitos com: Ruth Liane Henn - Coordenadora - E-mail: ruthenn@unisinoss.br – Telefones: (51) 9901-3997 e (51) 3591-1232 Maria Luísa Gregoletto – Pesquisadora - E-mail: mluisagreg@gmail.com – Telefone: (054) 9989-9342.

Este Termo será assinado em duas vias. Uma via ficará em seu poder e a outra será guardada pela instituição responsável pela pesquisa.

Caxias do Sul, ____/____/20__.

Eu _____, pais/responsável de _____, declaro que, após ter obtido as informações necessárias sobre a pesquisa, autorizo a sua participação na pesquisa.

Av. Unisinos, 950 - Caixa Postal 275 - CEP 93022-000 - São Leopoldo - Rio Grande do Sul, Brasil
 Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 - Fax: (51) 3590-8118 - http://www.unisinoss.br

CSP - UNISINOS

PROVA

20/10/16

[Assinatura]

RELATÓRIO DE CAMPO

O presente documento tem por finalidade relatar as etapas desenvolvidas para a execução da pesquisa: Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares em Adolescentes da Rede de Ensino Pública de Caxias Do Sul, RS. Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Comportamentos de risco à saúde em adolescentes do ensino fundamental de Caxias do Sul, RS”. Todos os aspectos metodológicos estão detalhados em relatório anterior, disponível na base de dissertações e teses da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e está disponível neste link: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/6656>.

Esta tese teve por objetivos gerais:

Identificar a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares, bem como os fatores associados a esses transtornos em escolares do 8º e 9º ano do ensino fundamental da rede de ensino pública de Caxias do Sul/RS;

Investigar evidência de validação de uma escala para avaliar comportamentos de risco para transtornos alimentares em escolares do 8º e 9º ano do ensino fundamental da rede de ensino pública de Caxias do Sul/RS.

Para a realização dos objetivos, foram propostos 2 artigos, intitulados: “Presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares e fatores associados em adolescentes de escolas públicas de um município do sul do Brasil.” e “Validação de construto da Escala Reduzida de Comportamentos de Risco para Transtorno Alimentar.”

Para o artigo 1 a variável desfecho (comportamentos de risco para transtornos alimentares) foi obtida através da soma dos seguintes comportamentos: episódios de comer compulsivo, fazer uso de laxantes, fazer uso de diuréticos, provocar vômitos e ficar sem comer ou reduzir exageradamente o consumo de alimentos. Considerou-se em comportamento de risco para transtornos alimentares (CRTA) o escolar que relatou estas práticas no mínimo uma vez por semana, nos últimos 3 meses.

Variáveis de exposição:

Sociodemográficas:

- **Sexo:** categorizado em masculino e feminino;
- **Idade:** referida em anos completos e categorizada por faixas etárias: 12-13 anos; 14 anos; 15 anos e ≥ 16 anos;
- **Cor da pele:** categorizada em branca, preta/parda e outra;
- **Escolaridade da mãe:** (não estudou/fundamental incompleto; médio completo; superior completo – inclusive pós-graduação e não sabe);

Influências familiares e de amigos:

- **Mãe e pai incentivam a perder peso:** categorizado em nunca/raramente, às vezes/sempre;
- **Mãe e pai falam sobre o peso do escolar:** categorizado em nunca/raramente, às vezes/sempre;
- **Mãe e pai falam sobre o peso de outras pessoas:** categorizado em nunca/raramente, às vezes/sempre;
- **Mãe e pai fazem dieta:** categorizado em nunca/raramente, às vezes/sempre;
- **Mãe e pai incentivam a comer alimentos mais saudáveis:** categorizado em nunca/raramente, às vezes/sempre;
- **Sofre provocações sobre o peso por parte de familiares:** categorizado em não e sim;
- **Sofre provocações sobre o peso por parte de amigos:** categorizado em não e sim;

Comportamentais:

- **Nível de atividade física:** categorizada em insuficiente < 300 min/semana e suficiente ≥ 300 min/semana);
- **Comportamento sedentário:** categorizado em: ausência < 2 horas/dia; presença ≥ 2 horas/dia;

De saúde:

- **Índice de Massa Corporal (IMC):** categorizado em magreza, eutrofia, sobrepeso e obesidade;

Psicológicas:

- **Auto percepção de saúde:** categorizada em excelente/muito boa/boa, regular e ruim;

- **Insatisfação com a imagem corporal:** categorizada em satisfeito e insatisfeito;

- **Depressão:** categorizada em ausência e presença de sintomas depressivos;

- **Escala de autoestima:** categorizada em elevada, média e baixa.

As três últimas variáveis foram coletadas com instrumentos validados para o português.

Análise de dados

Os dados foram digitados no programa EpiData, versão 3.1, com dupla entrada evitando-se erros de digitação. A análise das inconsistências do banco e análise dos dados foram realizadas com o pacote estatístico Stata MP, versão 14.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Todas as análises levaram em consideração a natureza complexa da amostra. Razões de prevalências brutas e ajustadas foram estimadas através da regressão de Poisson com variância robusta. A análise multivariável utilizou como base em modelo conceitual de determinação, composto por 3 níveis. O primeiro nível foi composto pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele e escolaridade da mãe), no segundo nível foram incluídas as variáveis de influências familiares e dos amigos, comportamentais e de saúde (pais e amigos falarem sobre peso do escolar; pais e amigos incentivarem a perder peso; pais incentivarem a fazer dieta; pais falaram sobre o peso de outras pessoas; IMC; comportamento sedentário e nível de atividade física) e no terceiro nível foram incluídas as variáveis psicológicas e de saúde (insatisfação com a imagem corporal; sintomas depressivos; autoestima e auto percepção de saúde). Variáveis com p valor $\leq 0,20$ na análise bruta foram levadas para análise ajustada. O 1º nível incluiu as variáveis demográficas e socioeconômicas, que foram ajustadas entre si, o 2º nível incluiu as variáveis

de influência familiar e de amigos, comportamentais e de saúde e o 3º nível incluiu as variáveis psicológicas. Permaneceram na análise ajustada apenas as variáveis com p valor $\leq 0,05$, sendo consideradas associadas aos CRTA.

O artigo 2 teve como objetivo avaliar a validade de construto da Escala Reduzida de Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares.

A escala propõe-se a investigar a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares, é composta por cinco itens que avaliam episódios de comer compulsivo, vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, uso de diuréticos ou reduzir a ingestão de alimentos, pelo menos 1 vez por semana, nos últimos 3 meses. A consistência interna do instrumento foi medida pelo coeficiente α de Cronbach e a validade de construto do instrumento foi avaliada através das análises fatoriais exploratória e confirmatória.

Análise dos dados

Para a entrada de dados e checagem dos erros de digitação foi utilizado o programa EpiData versão 3.1. Os dados foram digitados em dupla entrada evitando-se assim possíveis erros de digitação. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa MPLUS versão 8.4. As variáveis sociodemográficas foram descritas através das frequências relativas e absolutas.

A consistência interna e a confiabilidade foram avaliadas pelo alfa (α) de *Cronbach*, que expressa a proporção da variância total que pode ser atribuída ao escore verdadeiro. Foram considerados aceitáveis valores iguais ou superiores a 0,6. A metade dos participantes do estudo original foi utilizada para a análise exploratória e a outra para a análise fatorial confirmatória. Essas análises foram realizadas utilizando-se o estimador WLSMV e o link PROBIT. Uma vez que a escala é composta por apenas cinco itens, a soluções com dois ou mais fatores não são recomendadas pois impossibilitam o requisito mínimo de três itens para compor um fator. Portanto, testou-se apenas a solução com um fator. Para as cargas fatoriais foram aceitos valores iguais ou superiores a 0,3 para que o item fosse considerado como pertencendo ao fator. Para melhor

interpretação dos dados, tais análises foram seguidas de rotação oblíqua Geomin. Para avaliação do ajuste dos modelos exploratório e confirmatório foram utilizados o *Qui-quadrado* (χ^2), o *Comparative Fit Index* (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA) e *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). O teste de *Qui-quadrado* testa se a matriz de covariância predita se ajusta à matriz de covariância amostral. Para um ajuste aceitável, o valor do χ^2 deve aceitar a hipótese nula (p-valor não significativo > 0,05). O CFI e o TLI calculam o ajuste relativo do modelo observado ao compará-lo com um modelo de base, cujos valores superiores a 0,90 indicam ajuste adequado. Por sua vez, o RMSEA demonstra quão bem o modelo fatorial reproduz a matriz de covariância amostral, sendo considerado uma medida de bom ajuste RMSEA \leq 0,06. O SRMR representa a média das discrepâncias entre a matriz observada e modelada, com valores aceitáveis \leq 0,08.

Resultados

Não foi necessário realizar ajustes entre os itens e o modelo ficou conforme o descrito na figura 1.

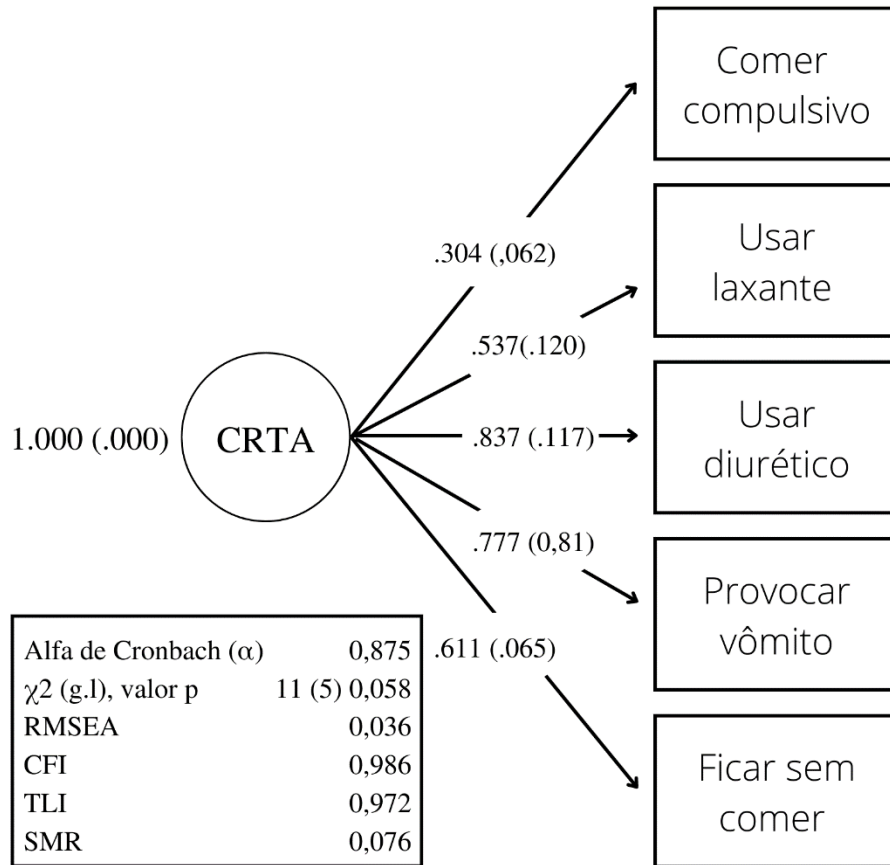


Figura 1. Elaborado pela autora

Tabela 1. Distribuição das amostras da análise fatorial (AFE) e confirmatória (AFC) de acordo com variáveis sociodemográficas em escolares brasileiros.

Variável	Amostra AFE n=882		Amostra AFC n=883	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	421	47,7	427	48,4
Feminino	461	52,3	456	51,6
Faixa etária				
12 – 13 anos	253	28,7	256	29
14 anos	370	42	393	44,5
15 anos	184	20,9	176	20
16 ou mais	74	8,4	57	6,5
Cor da pele				
Branca	572	67,1	613	72,2
Preta/parda	166	19,5	139	16,4
Outra	114	13,4	97	11,4
Escolaridade da mãe				
Não estudou / fundamental incompleto	208	23,9	201	23
Fundamental completo	150	17,3	166	19
Médio completo	223	25,7	242	27,6
Superior completo	67	7,7	66	7,5
Não sabe	221	25,4	200	22,9

Dados ausentes: faixa etária: 2 cor da pele: 64; escolaridade da mãe: 21.

Tabela 2. Análise fatorial exploratória com rotação *Geomin* para a solução unifatorial da Escala Reduzida de Comportamentos de Risco para Transtorno Alimentar com 5 itens em escolares brasileiros. (n=882)

Item	Variância Residual	Carga fatorial	Erro Padrão
Provocar vômitos		0,910	0,051
Usar diuréticos		0,851	0,068
Usar laxantes		0,745	0,076
Ficar sem comer/ reduzir ingestão		0,743	0,053
Comer compulsivo		0,352	0,050
	<i>Eigenvalue</i>	3,1	
	α Cronbach	0,875	
	Valor p χ^2	0,058	
	RSMEA	0,036	
	CFI	0,986	
	TLI	0,972	
	SRMR	0,076	

ARTIGO 1

Comportamentos de risco para transtornos alimentares e fatores associados em adolescentes de escolas públicas de um município do sul do Brasil.

Autores

Talita Donatti¹

Cleber Cremonese²

Maria Luísa de Oliveira Gregoletto³

Marcos Pascoal Pattussi¹

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Brasil

2 Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

3 Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG, Brasil

Autor e endereço para correspondência:

Nome: Talita Donatti Ruth Liane Henn

Endereço: Av. Borges de Medeiros, 1501 CEP: 90020-020, 5º andar, sala 11, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: talitadonatti@gmail.com

Telefone: (51) 3288-5902

* O artigo científico não será divulgado, conforme normas específicas da revista ao qual foi submetido.

ARTIGO 2

Validade de construto da Escala Reduzida de Comportamentos de Risco para Transtorno Alimentar 5-itens.

Autores

Talita Donatti¹

Cleber Cremonese²

Maria Luísa de Oliveira Gregoletto³

Marcos Pascoal Pattussi¹

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Brasil

2 Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

3 Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG, Brasil

Autor e endereço para correspondência:

Nome: Talita Donatti Ruth Liane Henn

Endereço: Av. Borges de Medeiros, 1501 CEP: 90020-020, 5º andar, sala 11, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: talitadonatti@gmail.com

Telefone: (51) 3288-5902

* O artigo científico não será divulgado, conforme normas específicas da revista ao qual foi submetido.