



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Jéssica Maria Martins Sá

**Perturbações da Alimentação e da
Ingestão: estudo de prevalência em São
Miguel**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Jéssica Maria Martins Sá

**Perturbações da Alimentação e da
Ingestão: estudo de prevalência em São
Miguel**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob orientação de

**Professor Doutor Paulo Manuel Pinto Pereira
Almeida Machado**

DECLARAÇÃO

Nome: Jéssica Maria Martins Sá

Endereço Eletrónico: jessica.martins1993@gmail.com

Telemóvel: 918293286

Número de cartão de cidadão: 14358119

Título da Dissertação: Perturbações da Alimentação e da Ingestão: estudo de prevalência em São Miguel

Orientação: Professor Doutor Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado

Ano de conclusão: 2018

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 16/10/2018

Assinatura:



Índice

| | |
|--|-----|
| Agradecimentos..... | III |
| Resumo..... | IV |
| Abstract..... | V |
| Perturbações da Alimentação e da Ingestão: estudo de prevalência em São Miguel | 6 |
| Metodologia..... | 12 |
| Amostra | 12 |
| Instrumentos | 12 |
| Design..... | 14 |
| Procedimentos..... | 14 |
| Análise estatística | 15 |
| Resultados | 15 |
| Características da amostra..... | 15 |
| Dados ausentes..... | 17 |
| Normas EDE-Q..... | 17 |
| Atitudes e comportamentos-chave..... | 18 |
| Discussão..... | 19 |
| Referências | 23 |
| Anexos | 29 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. <i>Caracterização da amostra (sexo, idade, escola e ano)</i> | 16 |
| Tabela 2. <i>Caracterização da amostra (concelho de residência, habilitações literárias e nível socioeconómico)</i> | 16 |
| Tabela 3. <i>Índice de Massa Corporal</i> | 17 |
| Tabela 4. <i>EDE- Subescalas e escala completo</i> | 18 |
| Tabela 5. <i>Atitudes e comportamentos-chave</i> | 18 |

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Paulo Machado pela orientação, disponibilidade e apoio ao longo deste projeto.

À Doutora Ana Rita Vaz pela disponibilidade, apoio e partilha de conhecimentos.

A todas as escolas, professores, auxiliares, presidentes dos concelhos executivos, estudantes e encarregados de educação que integraram e permitiram a concretização deste estudo, pois sem eles não seria possível.

Um agradecimento a todos os meus professores da Universidade do Minho e da Universidade dos Açores, por todo o conhecimento e aprendizagem partilhada, deixo aqui o meu enorme agradecimento à professora Suzana Caldeira por todo o apoio, encorajamento e conhecimento partilhado ao longo dos três anos de formação na Universidade dos Açores.

Destaco o meu especial agradecimento aos meus pais, João e Noélia, pelo apoio, compreensão, paciência e amor ao longo não só deste projeto, mas de toda a formação e vida.

E claro à minha irmã, Valentina, pelos mesmos motivos, mas também por toda a sua ajuda, motivação transmitida, pelas brincadeiras e por acreditar sempre em mim.

Também destaco toda a restante família, principalmente os meus avós, António e Dolores, minha madrinha Susete e meus tios José e Filipe o meu agradecimento. A toda a minha família o meu enorme obrigado pelo apoio, força, preocupação constante e amor incondicional.

Um enorme obrigado à Susana Pereira pela paciência, amizade, apoio, presença, compreensão, ajuda, conforto, motivação, força transmitida, incentivo e carinho em todo este percurso.

À Teresa Alves, o meu obrigado pelo apoio, incentivo, carinho, força e motivação. Uma pessoa que conheci no meu percurso académico tornando-se uma amiga inigualável que guardarei para toda a vida, sendo um exemplo de persistência, força e coragem.

Ao Bruno Moura, pela amizade única, por transmitir essa calma e forma descontraída de viver, cheio de vontade em ajudar, com palavras de incentivo e apoio.

Aos três o meu obrigado pelas palavras e abraços tanto nos momentos de tristeza como nos momentos de alegria.

À Soraia Mesquita e à Maria Pereira pela amizade e apoio no final deste percurso.

Agradeço ainda, a todos aqueles que não mencionei, mas que de uma forma ou de outra contribuíram e ajudaram na concretização deste trabalho e percurso.

A todos não tenho palavras para expressar a minha total gratidão. A todos vocês, obrigada!

Perturbações da Alimentação e da Ingestão: estudo de prevalência em São Miguel

Resumo

A presente investigação teve como objetivos estimar a ocorrência de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, estimar a prevalência das Perturbações da Alimentação e da Ingestão e identificar possíveis casos de diagnóstico em jovens do Ensino Secundário. A amostra foi constituída por 650 estudantes do Ensino Secundário Regular (10º ao 12 ano) de cinco instituições de ensino da Ilha de São Miguel da Região Autónoma dos Açores, de ambos os sexos (423 do sexo feminino e 226 do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos. Este estudo de prevalência consistiu em duas fases, numa primeira fase os instrumentos aplicados foram: dados sociodemográficos, dados antropométricos e Eating Disorder Examination-Questionnaire e numa segunda fase a Eating Disorder Examination. Não foi possível estimar a prevalência e identificar possíveis casos de diagnóstico. A ocorrência regular de Episódio Bulímico Objetivo foi de 9,3%, 0,9% vômito autoinduzido, 1,1% uso de laxantes, 1,4% exercício excessivo e 1,4% restrição alimentar. Este é um contributo para o estudo das prevalências de Perturbações da Alimentação e da Ingestão e as atitudes e comportamentos alimentares dos jovens adolescentes.

Palavras-chave: Perturbações da Alimentação e da Ingestão; prevalência; comportamento alimentar disfuncional; adolescentes.

Food and Ingestion Disorders: prevalence study in São Miguel

Abstract

The present study aimed to estimate the occurrence of dysfunctional eating behaviours, to estimate the prevalence of Eating Disorders and Ingestion, and to identify possible cases of diagnosis in Secondary School students. The sample consisted of 650 students from the Regular Secondary School (10th to 12th year) of five educational institutions of the Island of São Miguel of the Autonomous Region of the Azores, of both sexes (423 females and 226 males) aged between the ages of 14 and 25. This prevalence study consisted of two phases; in the first phase the instruments applied were: sociodemographic data, anthropometric data and Eating Disorder Examination-Questionnaire and in a second phase the Eating Disorder Examination. It was not possible to estimate the prevalence and to identify possible cases of diagnosis. The regular occurrence of Bulimic Purpose Episode was 9.3%, 0.9% self-induced vomiting, 1.1% use of laxatives, 1.4% excessive exercise and 1.4% food restriction. This is a contribution to the study of the prevalence of Eating Disorders and Ingestion and the attitudes and eating behaviours of young adolescents.

Keywords: Food and Ingestion Disorders; prevalence; dysfunctional eating behaviour; adolescents.

Perturbações da Alimentação e da Ingestão: estudo de prevalência em São Miguel

Na sociedade atual, sobretudo nas culturas ocidentais, existe cada vez mais uma maior preocupação com os hábitos alimentares e uma alimentação saudável, na qual o cuidado com o peso e com a forma corporal é o mais evidente nas pessoas, mesmo que ocasionalmente. Não obstante, em alguns casos esta preocupação torna-se extrema, dando origem a hábitos alimentares irregulares, inadequados e excessivos, sendo o recurso a determinados comportamentos (vômito autoinduzido, uso de laxantes, dietas e exercício físico excessivo), com intuito de reduzir o peso ou controlar a sua forma corporal, algo comum nas pessoas que apresentam perturbações alimentares. Estes comportamentos e a ocorrência de episódios bulímicos objetivos são considerados indicadores chave para uma possível perturbação dada a ocorrência regular desses comportamentos. Ainda pode suceder, simultaneamente, um déficit na percepção da imagem corporal. A prática constante destes comportamentos excessivos pode prejudicar o bem-estar do indivíduo, acarretando repercussões e comprometimentos na qualidade de vida, tanto a nível físico como psicológico.

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) são “caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou na ingestão, que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos e que provoca déficit significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial” (*American Psychiatric Association [APA]*, 2014, p. 393).

As PAI classificam-se em Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Perturbação da Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva, Pica, Mericismo, Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação e Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada. Estas perturbações apresentam algumas semelhanças nas suas características comportamentais e psicológicas. No entanto, diferem no seu percurso sintomatológico, clínico, prognóstico e, conseqüentemente, no seu tratamento e intervenção (APA, 2014).

A etiologia destas perturbações é considerada multifatorial, ou seja o aparecimento dos sintomas e conseqüente presença de uma perturbação alimentar podem advir de diversos fatores, estes do domínio biológico, psicológico e social (Dunker, Fernandes, & Carreira Filho, 2009; Francisco, Alarcão, & Narciso, 2011; Polivy & Herman, 2002; Rosen, 2010). Os fatores de risco identificados são inúmeros, podendo estes serem: predisposição genética, anomalias neuroendócrinas (Rosen, 2010), jovens mulheres com tendência para dietas, vítimas e agressores de *bullying* (Johnson, 2015), preocupação excessiva com o peso e a forma, uso de métodos/comportamentos restritivos para

alteração da imagem corporal (Francisco et al., 2011; Rosen, 2010; Taylor et al., 2006), comentários pejorativos à aparência ou à alimentação por parte de pessoas significativas, baixa autoestima e traços de personalidade, nomeadamente o perfeccionismo e acontecimentos de vida adversos (Francisco et al., 2011). Também é predominante a ocorrência das perturbações alimentares no sexo feminino, maioritariamente, na classe média e alta, raça caucasiana e nas sociedades ocidentais, onde os ideais de beleza atuais são associados à magreza (Gonçalves, Machado, & Machado, 2011). Contudo, a literatura aponta como fatores protetores o apoio parental, perceção de apoio social, bom desempenho escolar e participação em atividades culturais e sociais (Francisco et al., 2011; Langdon-Daly & Serpell, 2017).

As consequências provenientes de comportamentos alimentares disfuncionais, podem ser diversas onde uso de métodos purgativos, de laxantes e/ou vômito autoinduzido podem levar a consequências como desidratação, anemia, osteoporose, défices cognitivos, sintomas obsessivos/compulsivos, mudanças de humor, suicídio e outras condições médicas (Rosen, 2010), que variam de intensidade e gravidade de indivíduo para indivíduo.

Outra das circunstâncias a referir é a mortalidade que é associada fortemente às perturbações alimentares e o suicídio a sua maior causa (Arcelus, Mitchell, & Wales, 2011). Ainda, Smink, Van Hoeken e Hoek (2012) associam a mortalidade especificamente à AN e BN, salientando que esta é inferior na BN comparativamente à AN.

Além de todas as consequências provenientes, ainda podem ocorrer possíveis comorbilidades, tais como, Perturbações de Ansiedade, Perturbações de Humor, Uso de Substâncias, Perturbações de Personalidade e ideação suicida (Swanson, Crow, Le Grange, & Swendsen, 2011).

No que concerne ao período de maior incidência do início das PAI, a adolescência e a transição para a vida adulta são apontadas como os períodos de maior risco, aproximadamente entre os 15 e os 24 anos (Hoek, 2002 referenciado por Machado et al., 2004). Pois é nesta faixa etária que ocorre uma maior preocupação com as questões relacionadas com o corpo e a saúde, sucedendo-se diversas alterações físicas, emocionais e sociais (Francisco et al., 2011; Pereira, Silva, & Sá, 2015). De acordo com Pereira et al. (2015) a preocupação com o peso e a aparência física são os fatores que têm mais influência na escolha dos alimentos, existindo uma maior preocupação e cuidado com a alimentação/hábitos alimentares por parte do sexo feminino. Com o avançar da idade, a escolha dos alimentos digeridos tende a ser autónoma e independente, enquanto que na infância é feita com influência e controlo das figuras parentais, na adolescência passa a ser individual (Pereira et al., 2015),

efetuada com base em diversos fatores, tais como influência social, procura de aceitação social, preocupação com o peso, aparência física, qualidades intrínsecas dos alimentos (Pereira et al., 2015; Viana, Santos, & Guimarães, 2008), sexo, ano de escolaridade, educação, fatores familiares, socioculturais, socioeconómicos, *marketing*, entre outros (Neumark-Sztainer, 2005).

Vários têm sido os estudos realizados na área das perturbações alimentares. Estudos que incidem no período antes e/ou durante a perturbação, sendo alguns específicos a uma determinada perturbação e outros no geral. Tendo em conta o presente estudo, outros estudos feitos nos últimos anos acerca das perturbações no geral, incidem tanto na epidemiologia como na frequência de atitudes ou comportamentos disfuncionais considerados chave nestas perturbações. A maioria dos estudos têm por base o instrumento Eating Disorder Examination, em formato entrevista e/ou questionário, pois este é um dos instrumentos que apresenta uma maior confiabilidade para o diagnóstico ou presença de indicadores destas perturbações. Os estudos epidemiológicos recorrem maioritariamente à utilização dos dois formatos pois confere uma maior fiabilidade às conclusões obtidas, porém alguns estudos utilizam apenas o questionário sendo os resultados obtidos referentes, maioritariamente, às atitudes e comportamentos-chave. A utilização de apenas o formato questionário apresenta diversos aspetos positivos, nomeadamente a facilidade de administração, um menor custo, um maior número de indivíduos avaliados e o anonimato, pois as entrevistas face a face podem gerar desconforto nos participantes (Freitas, Gorenstein, & Appolinario, 2002).

Relativamente à epidemiologia, grande parte dos estudos têm como público-alvo indivíduos com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos, predominantemente do sexo feminino. O primeiro estudo publicado em Portugal foi realizado na Região Autónoma dos Açores, especificamente, na Ilha de São Miguel, por Azevedo e Ferreira (1992), com alunos do 7º ao 12º ano, com idade entre os 12 e os 20 anos. Deste estudo, os autores estimaram 0,64% de prevalência para o total das PAI (incluindo as síndromes parciais), prevalência para AN de 0,48% (maioritariamente nas raparigas 0,76%) e para a BN 0,16% (não identificando rapazes com BN). De igual modo, os autores salientaram que as perturbações de AN e BN são muito raras em São Miguel.

Após este primeiro estudo, vários outros foram sendo realizados com a população portuguesa, como o estudo de Do Carmo et al. (2001) que abrangeu uma população do ensino secundário, sexo feminino, das áreas de Lisboa e Setúbal, no qual estimaram a prevalência de AN em 0,37% e 12,6% para síndromes parciais. Também na área de Lisboa, Dixe (2007) no estudo efetuado com estudantes do ensino secundário e superior, relata que na amostra do ensino secundário (14-17 anos) a

prevalência de situações parciais de AN é de 3,4% e 6,3% de BN nas raparigas, enquanto que nos rapazes a prevalência de AN é de 1,1% e 3,5% para BN (Dixe, 2007).

Machado, Machado, Gonçalves e Hoek (2007) numa amostra do sexo feminino de estudantes do 9º ao 12º ano, estimaram a prevalência para as perturbações alimentares de 0,36%, a AN de 0,39%, BN de 0,30% e Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) de 2,37%. Já Ribeiro, Conceição, Vaz e Machado (2014) num estudo sobre a Perturbação Alimentar Compulsiva, com uma amostra do ensino superior, estimaram a prevalência desta perturbação em 0,5%.

A nível internacional, num estudo realizado no Norte da América e Europa, a prevalência de AN foi estimada em 0,29%, 1% para a BN e 1% para a Perturbação Alimentar Compulsiva, em jovens mulheres. Neste mesmo estudo, os autores salientam a prevalência ao longo da vida, identificando para a AN 4% e 2% para a BN, estimando ainda a prevalência ao longo da vida para AN no estudo com mulheres gémeas, de 1,2% na Suécia e 1,9% na Austrália (Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012). Ainda referente a prevalência ao longo da vida, a prevalência de AN foi estimada em 1,7%, 0,8% para a BN e 2,3% para a Perturbação Alimentar Compulsiva, salientando ainda que as perturbações alimentares são raras nos rapazes (Smink, Van Hoeken, Oldehinkel, & Hoek, 2014).

Quanto às atitudes e comportamentos face aos comportamentos alimentares nos 28 dias anteriores à aplicação do questionário, têm sido realizados diversos estudos ao longo dos anos e em diferentes países. Fairburn e Beglin (1994) no estudo original da EDE-Q, com uma amostra de 241 mulheres jovens, encontraram a média de 1,25 na subescala restrição alimentar (RA), 0,6 preocupação com a comida (PC), 2,1 preocupação com a forma (PF), 1,5 preocupação com o peso (PP) e 1,4 escala global (EG) (Fairburn & Beglin, 1994, referenciado por Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2014). Carter, Stewart e Fairburn (2001) numa amostra de 808 raparigas (12-14 anos), no Reino Unido, verificaram que 20% jovens apresentaram atitudes sobre a sua forma e 13% sobre o seu peso, onde 34% apresentava forte desejo de perder peso em mais de 14 dias dos últimos 28 dias, 24% dos jovens indicaram que haviam tentado reduzir a quantidade de alimentos, 4% dos mesmos autoinduziam o vómito, 1% recorriam ao uso de laxantes, 38% praticavam exercício físico excessivo para controlar o seu peso e 21% reportaram a ocorrência de episódios bulímicos objetivos (EBO). A média obtida na RA foi igual a 1,4, PC 1,0, PF 2,2, PP 1,8 e EG 1,6 (Carter et al., 2001). Em 2008, um estudo com uma amostra feminina de 723 estudantes universitárias nos Estados Unidos da América (E.U.A), os autores obtiveram as seguintes médias 1,62; 1,11; 2,27; 1,97 e 1,74, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente. Quanto aos comportamentos-chave, as frequências regulares (ou seja,

igual ou superior a quatro ocorrências) foram 6,4% de episódio bulímico objetivo (EBO), 4,0% vômito autoinduzido, 3,1% uso de laxantes, 5,9% exercício excessivo e 8,4% restrição alimentar (Luce, Crowther, & Pole, 2008). Outro estudo com uma amostra masculina de 404 estudantes universitários nos E.U.A, os autores obtiveram as médias 1,04; 0,43; 1,59; 1,29 e 1,09, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente. Quanto aos comportamentos-chave, as frequências regulares obtidas foram 7,9% EBO, 1,2% vômito autoinduzido, 0,25% uso de laxantes, 4,5% exercício excessivo e 5,0% restrição alimentar (Lavender, Young, & Anderson, 2010).

Em 2011, com uma amostra de 708 mulheres estudantes universitárias em Espanha, os autores obtiveram as médias 1,29; 0,66; 1,75; 1,51 e 1,30, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente. Quanto aos comportamentos-chave, as frequências regulares obtidas foram 20,1% EBO, 1,7% vômito autoinduzido, 2,4% uso de laxantes, 20,2% exercício excessivo e 6,2% restrição alimentar (Villarrol, Penelo, Portell, & Raich, 2011). No mesmo ano, na Noruega outro estudo com uma amostra de 58 mulheres universitárias as médias obtidas foram 1,20; 0,49; 1,17; 1,49 e 1,09, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente (Reas, Wisting, Kapstad, & Lask, 2011).

Em 2012, Reas, Øverås e Rø, numa amostra com 250 rapazes e 282 raparigas do ensino secundário e universitário na Noruega, as médias obtidas para a amostra masculina foram, 0,45; 0,15; 0,69; 0,48 e 0,44, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 4% EBO, 0,4% vômito autoinduzido, 0,8% uso de laxantes, 1,6% exercício excessivo e 0% para restrição alimentar. Para a amostra feminina as médias obtidas foram, 1,20; 0,61; 2,10; 1,8 e 1,41, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 6% EBO, 2,1% vômito autoinduzido, 3,5% uso de laxantes, 3,2% exercício excessivo e 0% restrição alimentar (Reas et al., 2012). Neste mesmo ano, também com uma amostra norueguesa num estudo com 3000 pessoas entre os 16 e os 50 anos onde para a faixa etária entre os 16 e os 20 anos (91 participantes) as médias obtidas foram, 1,21; 0,67; 2,44; 2,20 e 1,63 na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 12% EBO e 3,3% vômito autoinduzido (Rø, Reas, & Rosenvinge, 2012).

Em 2013 na Grécia, também com 164 jovens mulheres universitárias as médias obtidas foram, 6,68; 6,63; 24,39, 24,39 e 37,7, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente (Giovazolli, Tsaousis, & Vallianatou, 2013).

Nos E.U.A, em 2013, com uma amostra também universitária de 1533 mulheres, as médias foram, 1,35; 0,89; 2,39; 1,98 e 1,65, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 14,2% EBO, 3,8% vômito autoinduzido, 3,1% uso de laxantes, 4,2% exercício excessivo e 7,0% restrição alimentar (Quick & Byrd-Bredbenner, 2013). No mesmo ano e também com uma amostra de universitária (91

estudantes) dos E.U.A, os autores obtiveram as seguintes médias, 1,24; 0,65; 1,80; 1,39 e 1,27, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 28,6% EBO, 2,2% vômito autoinduzido, 0% uso de laxantes, 45,1% exercício excessivo e 7,0% restrição alimentar para qualquer ocorrência nos últimos 28 dias (Rose, Vaewsorn, Rosselli-Navarra, Wilson, & Weissman, 2013). Também em 2013, mas em Espanha, numa amostra de 1543 adolescentes e jovens adultos as médias obtidas para a amostra masculina adolescente foram, 0,35; 0,33; 0,74; 0,74 e 0,54, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 13,90% EBO, 0,26% vômito autoinduzido, 0,26% uso de laxantes, 11,58% exercício excessivo e 2,29% restrição alimentar. Para a amostra feminina adolescente as médias obtidas foram, 1,12; 0,84; 1,98; 1,70 e 1,41, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 17,35% EBO, 2,88% vômito autoinduzido, 1,97% uso de laxantes, 10,48% exercício excessivo e 7,19% restrição alimentar (Peláez-fernández, Labrador, & Raich, 2013).

Na Austrália no ano seguinte, Mond, Hall, Bentley, Harrison, Gratwick-Sarll e Lewis num estudo com uma amostra adolescente (12-18 anos) com 531 rapazes e 1134 raparigas, os resultados obtidos foram para a amostra masculina 0,54; 0,40; 0,67; 0,81 e 0,61, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 6,0% EBO, 0,8% vômito autoinduzido, 0,2% uso de laxantes, 5,3% exercício excessivo e 2,3% restrição alimentar. Para a amostra feminina 1,48; 1,21; ,20; 2,45 e 1,84 na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 16,6% EBO, 3,3% vômito autoinduzido, 1,1% uso de laxantes, 5,4% exercício excessivo e 11,5% restrição alimentar (Mond et al., 2014).

Em Portugal, Machado, Martins, Vaz, Conceição, Bastos e Gonçalves num estudo com 2024 raparigas estudantes do ensino secundário 0,91; 0,64; 1,84; 1,89 e 1,3, na RA, PC, PF, PP e EG, respetivamente, e 5,8% EBO, 0,9% vômito autoinduzido, 0,9% uso de laxantes, 2,0% exercício excessivo e 4,9% restrição alimentar (Machado et al., 2014).

Conclui-se assim, que as perturbações alimentares são situações clínicas que provocam preocupação e apresentam repercussões para além dos próprios indivíduos. Ainda, pode-se observar que o primeiro e único estudo de prevalência com jovens, realizado na Região Autónoma dos Açores, nomeadamente, na Ilha de São Miguel foi realizado em 1992, não existindo mais nenhuma referência a estudos com essas características. Saliencia-se que o referido estudo foi realizado tendo por base o DSM-III, sendo o estudo atual realizado com base no DSM-V, apresentando deste modo diferenças na caracterização das PAI, o que torna importante replicar o estudo de 1992, mas com uma base teórica atualizada.

Sabendo-se que, nos últimos 25 anos existiu uma grande evolução nos hábitos alimentares, na educação, no consumo e industrialização dos alimentos, bem como no espaço físico da Região, torna-se também importante conhecer a prevalência atual das perturbações alimentares, assim como a ocorrência de comportamentos disfuncionais nos jovens da Ilha de São Miguel. Através do conhecimento atual da prevalência destas perturbações é possível intervir junto a essa população tanto a nível individual, ou seja com jovens que apresentem sintomatologia parcial e/ou diagnóstico, como a nível comunitário no sentido de prevenir e proporcionar o aumento de hábitos alimentares saudáveis. Detetar precocemente casos de diagnóstico, a prevalência das PAI e a frequência de comportamentos alimentares disfuncionais possibilita uma intervenção precoce, eficaz e consequentemente uma melhoria na qualidade de vida dos jovens.

Por conseguinte, com o presente estudo pretende-se estimar a ocorrência de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, estimar a prevalência das Perturbações da Alimentação e da Ingestão e identificar possíveis casos de diagnóstico em jovens do ensino secundário da Ilha de São Miguel.

Metodologia

Amostra

Para a realização do presente estudo, participaram 650 jovens estudantes do Ensino Secundário Regular Público (10º ano ao 12º ano) da Ilha de São Miguel, nomeadamente dos seguintes estabelecimentos de ensino: Escola Básica e Secundária (EBS) de Nordeste, Escola Secundária (ES) de Lagoa, EBS Vila Franca do Campo, ES da Ribeira Grande e ES Antero de Quental. É de salientar que na Ilha de São Miguel existem oito escolas secundárias distribuídas pelos seis concelhos que constituem a ilha, sendo a população total de alunos do ensino secundário regular público de 2807 alunos.

Instrumentos

Dados sociodemográficos e dados antropométricos

Incluiu-se dados sociodemográficos, tais como: sexo, idade, escola, ano de escolaridade, naturalidade, local de residência, habilitações literárias dos pais e nível sociodemográfico. Nos dados antropométricos incluiu-se o peso e a altura, sendo estes dados obtidos utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

Eating Disorder Examination (EDE)

A *Eating Disorder Examination* (EDE) é uma entrevista semiestruturada, desenvolvida em 1993 por Fairburn e Cooper, traduzida e adaptada para a população portuguesa em 2001, por Machado.

Esta tem como intuito avaliar os comportamentos e atitudes dos indivíduos face às perturbações alimentares, bem como os aspetos clínicos associados, fornecendo dados relativos à frequência (número de episódios e ocorrências) de comportamentos chave das perturbações alimentares, a referir o uso de laxantes, vómito autoinduzido, exercício excessivo e restrição alimentar com intuito de influenciar o seu peso ou forma corporal e a ocorrência de episódios bulímicos objetivos (este é caracterizado por ingestão de uma quantidade de comida exagerada e concomitantemente sensação de perda de controlo). A entrevista é organizada em 4 subescalas: restrição alimentar (RA), preocupação com o peso (PP), preocupação com a forma corporal (PF), preocupação com a comida (PC) (Fairburn et al., 2014).

Na sua aplicação, o participante deve ter em conta se existiu presença de sintomas, nos últimos 28 dias, podendo esta prolongar-se até aos 2-3 meses consoante cada entrevistado, tendo a duração da realização da entrevista entre 45 a 75 minutos (Fairburn et al., 2014).

A sua cotação é efetuada com base na frequência da ocorrência dos acontecimentos, sendo cotado com uma escala de 7 pontos, variando de 0 a 6, em que 0 (não ocorreu nenhuma vez); 1 (entre 1 a 5 dias), 3 (entre 13 a 15 dias); 5 (entre 23 a 27 dias) e 6 (presente todos os dias) ((Fairburn et al., 2014).

Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q)

O *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (EDE-Q) é um instrumento de autorrelato, derivado da EDE, desenvolvido por Fairburn e Beglin (1994), traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Machado, Martins, Vaz, Conceição, Bastos e Conceição, 2014.

O EDE-Q tem por finalidade avaliar os comportamentos e atitudes dos indivíduos associados às perturbações alimentares, a frequência dos principais comportamentos das perturbações alimentares, fornecendo dados quanto à frequência destes comportamentos, assim como refletindo a gravidade dos aspetos psicopatológicos associados às perturbações alimentares. Semelhante à EDE, é composto por 28 itens numa escala de Likert, de 7 pontos, que oscila entre 0 (Nenhum dia) a 6 (Todos os dias), tendo por base os últimos 28 dias, organizado em quatro subescalas (RA, PC, PF e PC), podendo a sua aplicação durar, aproximadamente, 15 minutos (Machado et al., 2014).

A subescala RA questiona o indivíduo sobre a restrição alimentar, especificamente evitar comer, evitar a comida, regras alimentares e estômago vazio; a subescala PC questiona sobre a preocupação com a comida ou calorias, medo de perder o controlo, comer em segredo, comer em situações sociais e culpa acerca de comer; a subescala PF questiona sobre a preocupação com o peso

ou forma, importância da forma, insatisfação com a forma corporal, medo de engordar, desconforto com a exposição e ver o seu corpo, sentir-se gorda e estômago liso e, por fim, a subescala PP refere-se à importância do peso, insatisfação com o peso, desejo de perder peso, reação a pesar e sensibilidade ao aumento de peso (Fairburn et al., 2014).

No estudo sobre as propriedades psicométricas e normas para a validação portuguesa do EDE-Q, os autores obtiveram um alfa de *Cronbach* (consistência interna) para a escala global, $\alpha = 0,97$, subescala RA $\alpha = 0,92$, PC $\alpha = 0,90$, PF $\alpha = 0,93$ e PP $\alpha = 0,84$, numa amostra de estudantes do ensino secundário, apresentando-se esta escala, um instrumento válido e fidedigno, um dos mais selecionados para a avaliação da presença de perturbações alimentares (Machado et al., 2014). Ainda, os autores obtiveram os pontos de corte para a escala global (EG) e respetivas subescalas, sendo estes: EG – 2,12, subescala RA – 1,49, PC – 1,37, PP – 2,63 e PF – 2,12. O alfa de *Cronbach* no presente estudo para a escala e subescalas, foram de 0,93; 0,734; 0,704; 0,806 e 0,904, respetivamente.

Design

O estudo em questão é um estudo epidemiológico, transversal, realizado em duas fases. Uma fase inicial que consistiu na aplicação do *Eating Disorder Examination – Questionnaire* que teve como objetivo realizar um primeiro levantamento dos comportamentos e atitudes do comportamento alimentar dos participantes, recolha dos dados sociodemográficos e antropométricos, identificando a população da amostra em risco, ou seja, participantes que exibissem valores superiores ao ponto de corte da escala global e respetivas subescalas. Pontos de corte esses: $\geq 2,12$ na EG, $\geq 1,49$ subescala RA, $\geq 1,37$ subescala PC, $\geq 2,63$ subescala PP, e $\geq 2,12$ PF. Os valores de ponto de corte juntamente com o IMC $< 18,5$ indicaram os critérios de inclusão para a segunda fase do estudo.

Os critérios de inclusão para a segunda fase foram pensados, tendo em conta que era preferível incluir o maior número de possíveis casos de diagnóstico e depois aferir que não existia diagnóstico (falsos positivos), do que restringir muito os critérios de inclusão e perder possíveis casos de diagnóstico. Ainda, os critérios tiveram por base os valores dos pontos de corte de cada subescala e escala global obtidos no estudo das propriedades psicométricas e normas deste instrumento para a população portuguesa de Machado et al. (2014).

A segunda fase consistiu na realização da entrevista *Eating Disorder Examination*, com o intuito de aferir ou não um diagnóstico de PAI.

Procedimentos

Inicialmente foi contactada a Direção Regional da Educação, com o intuito de esclarecer os procedimentos formais para o pedido de autorização dos estabelecimentos de ensino, resultando deste contacto a informação de que cada escola era autónoma nesta tomada de decisão (Anexo 1).

De seguida, foi apresentado junto do Presidente do Conselho Executivo em todas as escolas da Ilha de São Miguel, um documento formal, no qual se expôs o âmbito do presente estudo, os seus objetivos, procedimentos e se solicitou formalmente a autorização para administrar os instrumentos (Anexo 2). Depois de obtida a autorização das instituições de ensino, foram-lhes entregues os instrumentos e anexados aos mesmos o pedido de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo 3) para o encarregado de educação (dado tratar-se, maioritariamente, de menores de 18 anos), informando os objetivos, procedimentos, confidencialidade e sigilo dos dados, o carácter voluntário da participação no referido estudo, pedindo a autorização para os educandos participarem no mesmo, sendo a entrega e recolha dos instrumentos e consentimentos aos estudantes realizada através dos diretores de turma/professores, em contexto escolar e o preenchimento dos mesmos nas suas residências. A recolha de dados, da primeira fase do estudo, ocorreu entre outubro de 2017 a março de 2018.

Análise estatística

Os procedimentos estatísticos foram conduzidos no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0.

Foi analisado o *alfa de Cronbach*, relativamente à fidelidade das subescalas e escala global. O IMC foi calculado através da seguinte fórmula: $\text{peso}/(\text{altura}^2)$. Foram realizadas análises de estatísticas descritivas, especificamente frequências e descritivas.

Resultados

Características da amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 650 estudantes do ensino secundário de ambos os sexos, maioritariamente, do sexo feminino 423 (65,1%) e 226 (34,8%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos (média [M]=16,29; desvio-padrão [D.P]= 1,33). Relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes, no que concerne à escola que estuda, 12,9% estuda na EBS de Nordeste, 24,6% na ES de Lagoa, 19,5% na EBS de Vila Franca do Campo, 29,1% ES da Ribeira Grande e 13,8% ES Antero de Quental. Quanto ao ano de escolaridade dos participantes variou entre o 10º ano (45,5%), 11º ano (29,2%) e o 12º ano (25,2%) (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da amostra (sexo, idade, escola e ano)

| | N | % | Mínimo-Máximo | M (D.P) |
|--------------------------|-----|------|---------------|--------------|
| Sexo | | | | |
| Feminino | 423 | 65,1 | | |
| Masculino | 226 | 34,8 | | |
| Idade | | | 14-25 | 16,29 (1,33) |
| Escola | | | | |
| EBS Nordeste | 84 | 12,9 | | |
| ES Lagoa | 160 | 24,6 | | |
| EBS Vila Franca do Campo | 127 | 19,5 | | |
| ES Ribeira Grande | 189 | 29,1 | | |
| ES Antero Quental | 90 | 13,8 | | |
| Ano | | | | |
| 10º | 296 | 45,5 | | |
| 11º | 190 | 29,2 | | |
| 12º | 164 | 25,2 | | |

Relativamente ao concelho de residência, 12,6% residem no concelho de Nordeste, 22% concelho de Lagoa, 13,5% concelho de Ponta Delgada, 30,9% concelho da Ribeira Grande, 18,2% concelho da Vila Franca do Campo e 0,6% no concelho da Povoação. No que diz respeito às habilitações literárias, no geral as mães apresentam maior nível de escolaridade do que os pais dos participantes, respetivamente 3º ciclo (26,9%), 2º ciclo (25,4%) e ensino secundário (18,8%) para as mães e 2º ciclo (32,9%), 1º ciclo (20,9%) e 3º ciclo (20,8%) no que concerne aos pais. Quanto ao nível socioeconómico, a maioria dos participantes identificam o nível médio (64,9%) (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização da amostra (concelho de residência, habilitações literárias e nível socioeconómico)

| | N | % |
|-------------------------------|-----|------|
| Concelho de residência | | |
| Nordeste | 82 | 12,6 |
| Lagoa | 143 | 22 |
| Ponta Delgada | 88 | 13,5 |
| Ribeira Grande | 201 | 30,9 |
| Vila Franca do Campo | 118 | 18,2 |
| Povoação | 4 | 0,6 |

| Habilitações literárias | | |
|--------------------------------|-----|------|
| Mãe | | |
| 3º ciclo | 175 | 26,9 |
| 2º ciclo | 165 | 25,4 |
| Ensino secundário | 122 | 18,8 |
| Pai | | |
| 2º ciclo | 214 | 32,9 |
| 1º ciclo | 136 | 20,9 |
| 3º ciclo | 135 | 20,8 |
| Nível socioeconómico | | |
| Alto | 2 | 0,3 |
| Médio-alto | 53 | 8,2 |
| Médio | 422 | 64,9 |
| Médio-baixo | 133 | 20,5 |
| Baixo | 25 | 3,8 |

O IMC variou entre 13,67 e 40,08 (M=22,41; D.P=3,85), em que 76 participantes se encontram abaixo do peso (IMC<18,5), 415 com peso normal (18,5<IMC>24,9), 108 com excesso de peso (25,0<IMC>29,9) e 42 com obesidade (IMC>30) (Tabela 3).

Tabela 3

Índice de Massa Corporal

| N | Mínimo | Máximo | M | D.P |
|-----|--------|--------|-------|------|
| 640 | 13,67 | 40,08 | 22,41 | 3,85 |

Dados ausentes

A percentagem dos valores omissos referentes à EG e subescalas do EDE variaram entre 1,2% e 1,4%. A percentagem dos valores omissos referentes aos itens relativos às atitudes e comportamentos-chave variaram entre 1,2% e 2,6%.

Normas EDE-Q

Os dados relativos ao instrumento aplicado são apresentados através das médias e desvio-padrão, como referem os autores do mesmo.

A tabela seguinte apresentada (Tabela 4) mostra os resultados relativos às subescalas e EG. No que diz respeito à subescala PF, a média foi de 1,13 e desvio padrão de 1,34. Quanto à PP a média obtida foi 1,29 e o desvio padrão 1,44. A PC apresenta média igual a 0,41 e desvio padrão de 0,70. A subescala RA apresenta média de 0,62 e desvio padrão igual a 0,92. Por fim, a EG apresenta como média 0,86 e desvio-padrão igual a 0,95.

Tabela 4

EDE - subescalas e escala completa

| | N | M (D.P) |
|--------------------------|-----|-------------|
| Preocupação com a forma | 650 | 1,13 (1,34) |
| Preocupação com o peso | 649 | 1,29 (1,44) |
| Preocupação com a comida | 650 | 0,41 (0,70) |
| Restrição alimentar | 649 | 0,62 (0,92) |
| Escala global | 650 | 0,86 (0,95) |

Atitudes e comportamentos-chave

Na Tabela 5 pode ser observado os valores referentes às atitudes e comportamentos-chave obtidos do EDE-Q, nomeadamente, EBO, vômito autoinduzido, uso indevido de laxantes, exercício excessivo e restrição alimentar, referentes aos últimos 28 dias. A ocorrência regular é definida como superior ou igual a quatro episódios nos últimos 28 dias, exceto a restrição alimentar (superior ou igual a 13 dias) e o exercício excessivo (superior ou igual a 20 dias). A restrição alimentar foi determinada através do item “Passou longos períodos de tempo (8 horas ou mais) sem comer nada para influenciar o seu peso?”.

Tabela 5

Atitudes e comportamentos-chave

| | Qualquer ocorrência nos últimos 28 dias | | Ocorrência regular nos últimos 28 dias | |
|------------------------------------|---|----------|--|----------|
| | <u>n</u> | <u>%</u> | <u>n</u> | <u>%</u> |
| Episódio Bulímico Objetivo (N=644) | 164 | 25,5 | 60 | 9,3 |
| Vômito autoinduzido (N=649) | 20 | 3,1 | 6 | 0,9 |
| Uso indevido de laxantes (N=649) | 17 | 2,6 | 7 | 1,1 |
| Exercício excessivo (N=649) | 133 | 20,5 | 9 | 1,4 |
| Restrição alimentar (N=641) | 49 | 7,6 | 9 | 1,4 |

Atitudes sobre o peso e a forma

Na subescala preocupação com a forma, 34 (5,2%) participantes obtiveram uma pontuação na faixa clinicamente significativa (ou seja, $EDE-Q \geq 4$) e 51 (7,9%) participantes na subescala preocupação com o peso. 186 (28,7%) participantes indicaram um forte desejo de perder peso em mais da metade dos últimos 28 dias. Destes, 3 participantes apresentam IMC inferior a 18,5, 67 apresentam IMC entre 25,0 e 29,9 e 31 participante apresentam IMC superior a 30.

Não foi possível obter os dados referentes à entrevista EDE, pois foi impossível aplicar as mesmas em quatro escolas. Tendo sido possível só obter dados referentes a 20 participantes não foram analisados quanto à estimativa da prevalência de perturbações alimentares pois não é possível estimar prevalências só com uma pequena percentagem da amostra de risco. Porém, analisou-se estas entrevistas e não foram identificados casos de possíveis diagnóstico de nenhuma perturbação alimentar em nenhum dos participantes.

Discussão

É verdadeiramente importante dar o devido valor aos vários estudos realizados sobre as perturbações alimentares, as atitudes e comportamentos adjacentes a estas, bem como o seu prognóstico, diagnóstico e presença da perturbação, pois cada qual veio dar o seu contributo para o melhoramento dos estudos subsequentes. Tal qual, pretendeu-se que este estudo, com os objetivos preestabelecidos e através do EDE-Q pudesse, de algum modo, contribuir para o mesmo contributo. Não tendo sido possível concretizar dois objetivos são então discutidos os resultados obtidos referentes às atitudes e comportamentos disfuncionais.

Os resultados do presente estudo revelaram entre boa e excelente consistência interna nas quatro subescalas e escala global, sendo esses resultados próximos aos resultados obtidos por Machado et al. (2014), exceto na subescala RA e subescala PC, apresentando um fiabilidade aceitável nesse estudo, sendo menores do que o estudo de validação para a população portuguesa.

As médias das subescalas e escala global obtidas nesse estudo são próximas às médias obtidas por Reas et al. (2011) e Lavender et al. (2010), porém outros estudos, como Mond et al. (2014) para amostra masculina, Peláez-fernández et al. (2013) e Reas et al. (2012) apresentam resultados ligeiramente superiores. Outro estudo como o de Carter et al. (2001), Giovazolias et al. (2013), Luce et al. (2008), Machado et al. (2014), Quick e Byrd-Bredbenner (2013), Rø, Reas e Rosenvinge (2012), Fairburn e Beglin (1994), Rose et al. (2013), Villarroel et al. (2011), Mond et al. (2014), Peláez-fernández et al. (2013) e Reas et al. (2012) encontraram valores nas médias superiores aos encontrados nesse estudo, sendo os últimos três estudos referentes à amostra feminina dos mesmos.

Quanto às atitudes face ao peso e à forma, os resultados obtidos foram inferiores aos resultados obtidos por Carter et al. (2001).

Observando os resultados obtidos referente às ocorrências de EBO, pode-se verificar que esta varia, enquanto Mond et al. (2014) na amostra feminina, Peláez-fernández et al. (2013), Rø et al.

(2012) e Villarroel et al. (2011) encontraram valores superiores obtidos, Lavender et al. (2010), Luce et al. (2008), Machado et al. (2014), Mond et al. (2014) para amostra masculina, Quick & Byrd-Bredbenner (2013) e Reas et al. (2012) encontraram valores inferiores aos encontrados nesse estudo. Quanto à autoindução do vômito como forma de controlar o peso ou a forma o resultado obtido foi de 0,9% mas a maioria dos estudos encontram valores superiores da ocorrência deste comportamento (Luce et al., 2008; Mond et al., 2014; Peláez-fernández et al., 2013; Quick & Byrd-Bredbenner, 2013; Reas et al., 2012; Rø et al., 2012; Villarroel et al., 2011), sendo o resultado de Mond et al. (2014) referente à amostra feminina, pois quanto à amostra masculina o mesmo encontra resultados semelhantes ao encontrado neste estudo, tal como encontrados por Lavender et al. (2010) e Machado et al. (2014). O mesmo ocorre na ocorrência do uso de laxantes onde a maioria dos estudos encontraram valores superiores (Luce et al., 2008; Peláez-fernández et al., 2013; Quick & Byrd-Bredbenner, 2013; Reas et al., 2012; Villarroel et al., 2011), enquanto Machado et al. (2014) e Mond et al. (2014) para a amostra feminina, encontraram valores semelhantes aos obtidos. Em relação à prática de exercício físico e ocorrência de restrição alimentar como forma de controlar o peso ou a forma corporal constata-se que maioritariamente os estudos encontram valores superiores aos obtidos (Lavender et al., 2010; Luce et al., 2008; Machado et al., 2014; Mond et al., 2014; Peláez-fernández et al., 2013; Quick & Byrd-Bredbenner, 2013; Villarroel et al., 2011).

Dos cinco comportamentos (EBO, uso de laxantes, vômito autoinduzido, exercício excessivo e restrição alimentar) analisados, a ocorrência de EBO é o comportamento mais referenciado, sendo esse resultado corroborado por outros estudos, tais como Mond et al. (2014), Peláez-fernández et al. (2013), Quick & Byrd-Bredbenner (2013), Ribeiro et al. (2014), Rø et al. (2012), Rose et al. (2013) e Villarroel et al. (2011) apresentando os outros comportamentos percentagem de ocorrência relativamente menores.

A variabilidade dos resultados obtidos nos vários estudos pode dever-se ao facto deste terem sido realizados em diferentes países, sabendo que a cultura e a educação é um fator de risco que pode influenciar a ocorrência destes comportamentos e, conseqüentemente, o aparecimento das perturbações (Francisco et al., 2011; Neumark-Sztainer, 2005; Polivy & Herman, 2002). Ainda o uso de métodos/comportamento restritivos para alteração e/ou controlo da forma corporal ou peso é um fator de risco (Francisco et al., 2011; Rosen, 2010; Taylor et al., 2006) e pode-se observar que tanto neste estudo como nos outros estudos discutidos existe uma frequência regular da ocorrência destes comportamentos.

Mais, a ocorrência regular destes comportamentos pode dever-se à faixa etária em que os estudos incidem pois, como já foi referido, é a adolescência e início da vida adulta o período mais incidente para o aparecimento das PAI (Hoek, 2002, citado por Machado et al., 2004), sendo pois, predominante a preocupação com as questões relacionadas com o corpo e com a saúde, como por exemplo a preocupação com o peso e com a aparência física (Francisco et al., 2011; Pereira et al., 2015) onde fatores como a influência social e a procura da aceitação entre grupos pares (Pereira et al., 2015; Viana et al., 2008) podem intensificar a ocorrência destes comportamentos.

Em suma, este estudo vem fazer um levantamento da frequência de comportamentos alimentares disfuncionais na população adolescente do ensino secundário da Ilha de São Miguel. Sabendo que é nesta faixa etária que surgem as perturbações alimentares e que a ocorrência destes comportamentos podem aumentar com o aumento da idade, torna-se pertinente recolher a população de risco, de modo a intervir com intuito de prevenir o surgimento ou agravamento da sintomatologia e proporcionar hábitos e comportamentos alimentares funcionais. Porém, o presente estudo abarca algumas limitações que poderão ter contribuído para os resultados, nomeadamente, a impossibilidade da realização da segunda fase do estudo, desta forma, seria importante replicar o mesmo efetuando a segunda fase em questão, afim de identificar possíveis casos de diagnóstico. A impossibilidade da realização das entrevistas deveu-se a diversos motivos, como por exemplo, o atraso para a realização das entrevistas, as quais seriam realizadas no final do mês de maio e início de junho, estas coincidindo com o final do ano letivo, impossibilitando a sua realização devido à falta de oportunidade por parte das escolas. Ainda, salienta-se que o número de participantes selecionados para a segunda fase eram superiores a 45 casos em qualquer uma das escolas o que, também, dificultou a realização das mesmas devido ao escasso tempo.

Ainda, apesar do estudo englobar cinco das oito escolas secundárias a amostra recolhida corresponde a, aproximadamente, um quarto da população estudantil secundária devido ao caráter voluntário do estudo, o que torna a reforçar a ideia de que seria pertinente replicar o estudo com a amostra total de modo a englobar toda a população. Adicionalmente, dado a aplicação dos questionários ter sido realizada em casa ou em contexto de sala de aula sem controlo do investigador, existe a possibilidade de respostas dadas com viés, talvez devido à presença dos pais ou pares ou pela deseabilidade social existindo assim, a possibilidade de uma falta de veracidade nas respostas dadas e também falta de respostas a alguns itens do instrumento, o que se sugere que numa futura replicação exista um maior controlo na aplicação do questionário de modo a reduzir a possibilidade de viés nos

resultados. Por fim, ainda dada a limitação anterior referida os dados antropométricos foram fornecidos pelos participantes na aplicação do questionário, o que se sugere que estes dados sejam recolhidos pessoalmente pelo investigador.

No entanto, apesar destas limitações o presente estudo apresenta-se relevante pois fornece indicadores dos comportamentos alimentares disfuncionais dos jovens do ensino secundário. Além disso, é um contributo no que diz respeito aos comportamentos disfuncionais na Ilha de São Miguel, especificamente na faixa etária em estudo, salienta-se ainda que o único estudo com essa amostra foi realizado em 1992, com base no DSM-III.

Espera-se que após este estudo, de algum modo, surja a possibilidade ou suscite interesse na realização de mais estudos na Região Autónoma dos Açores na temática das perturbações alimentares, de modo que possa ser detetada precocemente alguma PAI.

Referências

- APA. (2014). *DSM 5: Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. (Climepsi Editors, Ed.) (5ª). Lisboa.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., & Wales, J. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, *68*(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>.
- Azevedo, M. H. P., & Ferreira, C. P. (1992). Anorexia nervosa and bulimia: a prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *86*(6), 432–436. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03293>.
- Carter, J. C., Stewart, D. A., & Fairburn, C. G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(5), 625–632. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00033-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00033-4).
- Dixe, A. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, *4*(25), 559–569.
- Do Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Santo, D. P., Neves, A., ... Galvão-Teles, A. (2001). Epidemiologia da anorexia nervosa: prevalência da Anorexia Nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa*, *14*(3), 301–316. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11552328>.
- Dunker, K. L. L., Fernandes, C. P. B., & Carreira Filho, D. (2009). Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *58*(3), 156–161. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000300003>.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (2014). Eating Disorder Examination.

Francisco, R., Alarcão, M., & Narciso, I. (2011). Avaliação de factores de risco de desenvolvimento de perturbações alimentares: desenvolvimento e estudos de validação da versão portuguesa do McKnight Risk Factor Survey IV, *32*(2).

Freitas, S., Gorenstein, C., & Appolinario, J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares [Assessment instruments for eating disorders], *24*(Supl III).

Giovazolias, T., Tsaousis, I., & Vallianatou, C. (2013). The factor structure and psychometric properties of the greek version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q). *European Journal of Psychological Assessment, 29*(3), 189–196. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000138>.

Gonçalves, S. F., Machado, B. C., & Machado, P. P. P. (2011). O papel dos factores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças, 12*(2), 280–297. Retrieved from http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000200009&lng=pt&nrm=iso.

Johnson, B. (2015). Eating disorders in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2*(4), 89–90. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2004.09.010>.

Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of Eating Disorders, 5*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0141-7>.

Lavender, J. M., Young, K., & Anderson, D. (2010). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q):

norms for undergraduate men. *Eating Behaviors*, *11*, 119–121.

Luce, K. H., Crowther, J., & Pole, M. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate women. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(3), 273–276.

Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(3), 212–217.

Machado, P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). Eating disorder examination questionnaire: psychometric properties and norms for the Portuguese population. *European Eating Disorders Review*, *22*(6), 448–453.
<https://doi.org/10.1002/erv.2318>.

Machado, P. P., Soares, I., Sampaio, D., Torres, A. R., Gouveia, J. P., Oliveira, C. V., & Cost, B.-6-P. (2004). Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Revista de Informação e Divulgação Científica Do NDCA*, *1*(1). Retrieved from
[https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/2938/1/Perturbações Alimentares em Portugal.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/2938/1/Perturbações%20Alimentares%20em%20Portugal.pdf).

Mond, J., Hall, A., Bentley, C., Harrison, C., Gratwick-Sarll, K., & Lewis, V. (2014). Eating-disordered behavior in adolescent boys: eating disorder examination questionnaire norms. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(4), 335–341. <https://doi.org/10.1002/eat.22237>.

Neumark-Sztainer, D. (2005). Preventing the broad spectrum of weight-related problems: working with parents to help teens achieve a healthy weight and a positive body image. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *37*(SUPPL. 2). [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60214-5](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60214-5).

- Peláez-fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q), *25*(1), 107–114.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2012.18>.
- Pereira, C., Silva, A., & Sá, M. I. (2015). Fatores que influenciam os comportamentos alimentares: questionário das escolhas alimentares dos adolescentes, *16*(3), 421–438.
<https://doi.org/10.15309/15psd160312>.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, *53*, 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>.
- Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2013). Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for US college students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *18*(1), 29–35. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0015-1>.
- Reas, D. L., Øverås, M., & Rø, Ø. (2012). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among high school and university men. *Eating Disorders*, *20*(5), 437–443.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715523>.
- Reas, D. L., Wisting, L., Kapstad, H., & Lask, B. (2011). Convergent validity of the eating disorder examination and the eating disorder examination-questionnaire among university women in Norway, *European Eating Disorders Review*, *19*(4), 357–361. <https://doi.org/10.1002/erv.1068>.
- Ribeiro, M., Conceição, E., Vaz, A. R., & Machado, P. P. (2014). The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the north of Portugal. *European Eating Disorders Review*, *22*(3), 185–190. <https://doi.org/10.1002/erv.2283>.

- Rø, Ø., Reas, D. L., & Rosenvinge, J. (2012). The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eating Behaviors, 13*(2), 158–161. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.12.001>.
- Rose, J. S., Vaewsorn, A., Rosselli-Navarra, F., Wilson, G. T., & Weissman, R. S. (2013). Test-retest reliability of the eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q) in a college sample. *Journal of Eating Disorders, 1*(1). <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-42>.
- Rosen, D. S. (2010). Clinical report - identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics, 126*(6), 1240–1253. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2821>.
- Smink, F. R. E. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>.
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 47*(6), 610–619. <https://doi.org/10.1002/eat.22316>.
- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., & Swendsen, J. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 714. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>.
- Taylor, C. B., Bryson, S., Luce, K. H., Cunniff, D., Doyle, A. C., Abascal, L. B., ... Wilfley, D. E. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry, 63*(8), 881–888. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.881>.

Viana, V., Santos, P., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças, 9*(2), 209–231.

Villarroel, A. M., Penelo, E., Portell, M., & Raich, R. M. (2011). Screening for eating disorders in undergraduate women: norms and validity of the spanish version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33*(1), 121–128. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9177-6>.

Anexos

ANEXO A – Autorização para aplicação de inquéritos em meio escolar – Direção Regional da Educação

| Destinatário | Entrega | Lida |
|---|----------------------------|------------------------|
| EBS das Flores (ceeb.flores@azores.gov.pt) | Entregue: 01-10-2014 16:29 | |
| CEebi Mouzinho da Silveira | Entregue: 01-10-2014 16:29 | |
| CEEbi Francisco Ferreira Drummond | Entregue: 01-10-2014 16:29 | Lida: 01-10-2014 17:52 |
| CEebi Praia Vitoria | Entregue: 01-10-2014 16:29 | Lida: 01-10-2014 17:17 |
| Susan AF. Sequeira | Entregue: 01-10-2014 16:29 | |
| CEES Antero Quental | | Lida: 01-10-2014 16:30 |
| CEeb Flores | | Lida: 01-10-2014 16:39 |
| CEES Ribeira Grande | | Lida: 01-10-2014 16:57 |
| CEEBS Graciosa | | Lida: 01-10-2014 17:33 |



A Todas As EBI, EBS e ES

| Sua Referência. | Sua Comunicação de | Nossa Referência |
|-----------------|--------------------|---|
| | | Nº. MAIL-S-DRE/2014/5055 Proc. DAI/15.29 |

Assunto: AUTORIZAÇÕES PARA A APLICAÇÃO DE INQUÉRITOS EM MEIO ESCOLAR

Na sequência dos vários pedidos de autorização recebidos nesta Direção Regional para a aplicação de inquéritos ou outros instrumentos de recolha de dados nas escolas do sistema educativo regional, no âmbito da realização de trabalhos de investigação, e de forma a uniformizar as respostas dadas a estes pedidos, informamos que, atendendo à autonomia administrativa e pedagógica de que gozam as unidades orgânicas ao abrigo do Decreto Legislativo Regional n.º 13/2013/A, de 30 de agosto, as autorizações devem ser concedidas pelos órgãos de gestão de cada unidade orgânica.

Recomendamos que, nas respostas a estes pedidos, cada escola:

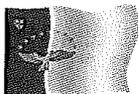
- proceda a uma análise prévia dos inquéritos a serem aplicados, no sentido de serem detetadas quaisquer questões indevidas ou de índole confidencial a colocar a alunos ou docentes;
- avise os requerentes que quaisquer encargos financeiros associados à aplicação dos inquéritos serão da sua inteira responsabilidade.

Com os melhores cumprimentos,

A DIRETORA REGIONAL

FABIOLA JAEL DE SOUSA CARDOSO

SS/NS
Secretaria Regional da Educação e Cultura
Direção Regional da Educação
Paços da Junta Geral - Carreira dos Cavalos
Apartado 46
9700-167 Angra do Heroísmo
Telefone: 295 401 100 E-mail: dre_info@azores.gov.pt





ANEXO B – Pedido de colaboração

Pedido de colaboração

Exmo.(a) Senhor(a),

Presidente do Conselho Executivo da Escola,

Eu, Jéssica Maria Martins Sá, aluna de Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Minho, no âmbito da minha tese de mestrado, estou a desenvolver um estudo de prevalência sobre as Perturbações da Alimentação e da Ingestão, intitulando-se “Perturbações da Alimentação e da Ingestão: estudo de prevalência em São Miguel”. Este estudo tem como principais objetivos, estimar a prevalência das Perturbações da Alimentação e da Ingestão e identificar possíveis “casos” de diagnóstico, com população alvo estudantes do ensino secundário regular público da Ilha de São Miguel (Região Autónoma dos Açores).

Para a concretização do estudo será, numa primeira fase, utilizado um questionário de autorrelato sobre o comportamento e atitudes face à alimentação (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*), com o levantamento dos dados sociodemográficos (sexo, idade, escola, ano de escolaridade, habilitações literárias dos pais, freguesia) e dados antropométricos (peso e altura), que terá uma duração de aproximadamente 20 minutos, em contexto de sala de aula. Após a análise dos resultados do primeiro levantamento, e em caso de possível presença de uma perturbação alimentar, será realizado uma entrevista (*Eating Disorder Examination*).

De modo, a realizar o referido estudo, solicito a V.Ex.^a que se digne a autorizar a recolha de dados nas turmas do 10º, 11º e 12º ano da escola que preside. Como referido, a colaboração dos alunos consiste no preenchimento do questionário (inicialmente), onde serão previamente explicados os objetivos, os procedimentos do estudo aos participantes como a entrega do consentimento informado, livre e esclarecido para os encarregados de educação, sendo a sua participação totalmente voluntária e anónima, salvaguardando-se o direito à recusa ou desistência em qualquer momento, não existindo nenhum tipo de risco, desconforto ou exposição do participante, Diretores de Turma e Encarregados de Educação, sendo os

dados e toda a informação recolhida confidenciais, revelando a total disponibilidade para qualquer informação considerada útil.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Jéssica Maria Martins Sá

Contactos: a83339@alunos.uminho.pt

jessica.martins1993@gmail.com (918293286)



Consentimento informado, livre e esclarecido

Caros Pais/ Encarregados de educação,

Eu, Jéssica Maria Martins Sá, aluna de Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Minho, no âmbito da minha tese de mestrado, estou a desenvolver um estudo de prevalência sobre as Perturbações da Alimentação e da Ingestão, intitulando-se “Perturbações da Alimentação e da Ingestão: estudo de prevalência em São Miguel”. Este estudo tem como principais objetivos, estimar a prevalência das Perturbações da Alimentação e da Ingestão e identificar possíveis “casos” de diagnóstico de alguma perturbação alimentar, com população alvo estudantes do ensino secundário regular público da Ilha de São Miguel (Região Autónoma dos Açores).

Para a concretização do estudo, numa primeira fase, será utilizado um questionário de autorrelato sobre o comportamento e atitudes face à alimentação (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*), com o levantamento dos dados sociodemográficos, que terá uma duração de aproximadamente 15 minutos. Após a análise dos resultados do primeiro levantamento, e em caso de possível presença de uma perturbação alimentar, será realizada uma entrevista (*Eating Disorder Examination*).

Importa salientar que:

- A participação na atividade é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou desistência em qualquer momento.
- Não existe nenhum tipo de risco, desconforto ou exposição do(a) seu(sua) filho(a), sendo os seus dados confidenciais.
- Em caso de dúvidas ou necessidade de informação adicional acerca da forma como o processo é conduzido, poderá contactar a signatária através dos contatos abaixo indicados.

Neste enquadramento, apela-se à colaboração de Vossa Ex.^a no sentido de autorizar a participação do(a) seu(sua) filho(a) na atividade, sendo este a responder ao questionário que se encontra em anexo a este documento. Para o efeito, solicita-se que assine o termo que se

encontra no final do mesmo e o encaminhe junto com o questionário, por intermédio do(a) seu(sua) filho(a), ao/à professor/a da turma.

Agradecendo, desde já, a sua atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Jéssica Maria Martins Sá

Contactos: a83339@alunos.uminho.pt (telemóvel – 918293286)

.....

Eu, _____ aceito que o meu
filho(a)/educando(a) _____, a frequentar o
____° ano, da turma____ e com o número ____ de ordem de turma participe no estudo
“Perturbações da Alimentação e da Ingestão: estudo de prevalência em São Miguel”.

Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de _____

ANEXO D – Questionário – Dados sociodemográficos



Perturbações da Alimentação e da Ingestão: estudo de prevalência em São Miguel

Questionário

I - Dados sociodemográficos

Instruções: por favor, preencha os dados sociodemográficos que se seguem.

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: Feminino Masculino
3.

| | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| Ano: _____ | Turma: _____ |
| 10º ano <input type="checkbox"/> | Nº de ordem da turma: _____ |
| 11º ano <input type="checkbox"/> | |
| 12º ano <input type="checkbox"/> | |
4. Naturalidade: _____
5. Local de residência: _____ Código-postal: _____ - _____
6. Habilitações literárias:

| Mãe | <input type="checkbox"/> | Pai | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Sem escolaridade | <input type="checkbox"/> | Sem escolaridade | <input type="checkbox"/> |
| 1º ciclo (4ª classe) | <input type="checkbox"/> | 1º ciclo (4ª classe) | <input type="checkbox"/> |
| 2º ciclo (6ª classe) | <input type="checkbox"/> | 2º ciclo (6ª classe) | <input type="checkbox"/> |
| 3º ciclo (9º ano) | <input type="checkbox"/> | 3º ciclo (9º ano) | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Secundário (12º ano) | <input type="checkbox"/> | Ensino Secundário (12º ano) | <input type="checkbox"/> |
| Bacharelato | <input type="checkbox"/> | Bacharelato | <input type="checkbox"/> |
| Licenciatura | <input type="checkbox"/> | Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| Mestrado | <input type="checkbox"/> | Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| Doutoramento | <input type="checkbox"/> | Doutoramento | <input type="checkbox"/> |
| Curso técnico-profissional | <input type="checkbox"/> | Curso técnico-profissional | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> | Outro | <input type="checkbox"/> |
7. Nível socioeconómico:

| | |
|-------------|--------------------------|
| Alto | <input type="checkbox"/> |
| Médio-alto | <input type="checkbox"/> |
| Médio | <input type="checkbox"/> |
| Médio-baixo | <input type="checkbox"/> |
| Baixo | <input type="checkbox"/> |

Por favor, vire a página e continue o preenchimento do questionário.

ANEXO E – Eating Disorder Examination-Questionnaire

EDE-Q5.2 Pag 1

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO

Instruções: As questões que se seguem dizem respeito APENAS às últimas quatro semanas (28 dias). Por favor leia cada questão cuidadosamente e responda a todas as questões. Obrigado.

Questões 1 a 12: Por favor responda a cada questão cautelosamente e faça um círculo à volta do número apropriado à direita.

| Quantos dias nos últimos 28 dias | Nenhum | 1-5 dias | 6-12 dias | 13-15 dias | 16-22 dias | 23-27 dias | Todos os dias |
|--|--------|----------|-----------|------------|------------|------------|---------------|
| 1 <u>Tentou</u> limitar propositadamente (com ou sem sucesso) a quantidade de comida que ingeriu para influenciar o seu peso ou forma corporal? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 Passou longos períodos de tempo (8 horas ou mais) sem comer nada para influenciar o seu peso ou forma corporal? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 <u>Tentou</u> evitar comer alimentos de que gosta (tendo ou não conseguido) para influenciar o seu peso ou forma corporal? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 <u>Tentou</u> seguir regras rígidas relativamente à sua alimentação (por exemplo, um limite máximo de calorias) para influenciar o seu peso ou forma corporal (tendo ou não conseguido)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 Teve um desejo claro de ter o seu estômago vazio para influenciar o seu peso ou forma corporal? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 Teve um desejo claro de ter um estômago <u>completamente liso</u> ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 Pensar sobre <u>comida, comer ou calorias</u> tornou muito difícil concentrar-se em coisas em que estava interessada (por exemplo, trabalhar, seguir uma conversa ou ler)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 Pensar sobre o <u>peso ou forma corporal</u> tornou muito difícil concentrar-se em coisas em que estava interessada (por exemplo, trabalhar, seguir uma conversa ou ler)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 Teve medo intenso de perder o controlo sobre o que comia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 Teve um medo claro de poder ganhar peso? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 Se sentiu gorda? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 Teve um grande desejo de perder peso? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questões 13 a 18: Por favor responda indicando o número adequado no espaço à direita de cada questão. Lembre-se que as questões se referem apenas às últimas quatro semanas (28 dias).

Nas últimas quatro semanas (28 dias)

| | | |
|----|--|-------|
| 13 | Nos últimos 28 dias, <u>quantas vezes</u> comeu o que outras pessoas considerariam uma <u>quantidade invulgarmente grande de comida</u> (dadas as circunstâncias)? | |
| 14 | Em quantas destas vezes sentiu que perdeu o controlo sobre o que estava a comer (enquanto estava a comer)? | |
| 15 | Nos últimos 28 dias, em quantos DIAS ocorreram estes episódios de comer demasiado (i.e., comeu uma grande quantidade de comida e teve na altura uma sensação de perda de controlo)? | |
| 16 | Nos últimos 28 dias, <u>quantas vezes</u> provocou o vómito para controlar o seu peso ou a forma corporal? | |
| 17 | Nos últimos 28 dias, <u>quantas vezes</u> tomou laxantes para controlar o seu peso ou a forma corporal? | |
| 18 | Nos últimos 28 dias, <u>quantas vezes</u> fez exercício excessivo ou de um modo compulsivo para controlar o seu peso, forma corporal ou quantidade de gordura, ou para queimar calorias? | |

Questões 19 a 21: Por favor responda a cada questão cautelosamente e faça um círculo à volta do número apropriado à direita. Note que para estas questões o termo “episódio de ingestão alimentar compulsiva” significa comer o que outras pessoas considerariam uma quantidade invulgarmente grande de comida, dadas as circunstâncias, e tendo uma sensação de falta de controlo sobre o acto de comer.

| | | | | | | | | |
|----|--|------------|----------|-----------------|------------|----------------|------------|---------------|
| 19 | Nos últimos 28 dias, em quantos dias comeu em segredo (i.e., às escondidas, furtivamente)? | Nenhum dia | 1-5 dias | 6-12 dias | 13-15 dias | 16-22 dias | 23-27 dias | Todos os dias |
| | não conte os episódios de ingestão alimentar compulsiva | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Quantas vezes, a seguir a comer, se sentiu culpada (sentiu que falhou) por causa do efeito que isso teria no seu peso ou forma corporal? | Nenhuma | Algumas | Menos de metade | Metade | Mais de metade | A maioria | Sempre |
| | não conte os episódios de ingestão alimentar compulsiva | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Nos últimos 28 dias, até que ponto esteve preocupada com o facto das outras pessoas a verem comer? | Nada | | Ligeira mente | | Moderadamente | | Extremamente |
| | não conte os episódios de ingestão alimentar compulsiva | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questões 22 a 28: Por favor responda fazendo um círculo à volta do número apropriado à direita. Lembre-se que as questões se referem apenas às últimas quatro semanas (28 dias).

| Nos últimos 28 dias..... | Nada | | Ligeira mente | | Moderadamente | | Extremamente |
|---|------|---|------------------|---|---------------|---|--------------|
| 22 O seu <u>peso</u> influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 A sua <u>forma corporal</u> influenciou o modo como se julga ou pensa sobre si própria como pessoa? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 Até que ponto ficaria aborrecida se lhe pedissem para se pesar uma vez por semana (nem mais nem menos vezes) durante as próximas quatro semanas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 Até que ponto se sentiu insatisfeita com o seu <u>peso</u> ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 Até que ponto se sentiu insatisfeita com a sua <u>forma corporal</u> ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver o seu corpo (por exemplo ao espelho, no reflexo de uma montra, enquanto se despia ou enquanto tomava banho)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 Até que ponto se sentiu desconfortável com facto <u>dos outros</u> verem o seu corpo (por exemplo, em balneários, enquanto nadavam ou quando usa roupas justas)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Qual o seu peso neste momento? (O mais aproximado possível, por favor)

Qual é a sua altura (O mais aproximado possível, por favor)

Se for mulher: Nos últimos três ou quatro meses falhou algum período menstrual?

Se sim, quantos períodos menstruais lhe falharam?.....

Tem tomado a pílula?

OBRIGADO