

Avaliação do comportamento alimentar e a prevalência de transtornos alimentares em adolescentes no ensino médio.

Evaluation of eating behavior and the prevalence of eating disorders in adolescents in high school.

Fernanda Barreiro Patuzzi

Luciene Rabello

Resumo

A adolescência é a fase em que iniciam mudanças físicas, comportamentais e psicossociais e também por transformações relacionadas à formação da autoimagem. Dessa forma, o objetivo do estudo é identificar a prevalência de transtornos alimentares em adolescentes que estão no ensino médio e a influência desses transtornos. Foi aplicado dois questionários em ambos os gêneros, com idade entre 13 e 18 anos, em Vitória no Espírito Santo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e todos os responsáveis pelos participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário online que foi enviado através das redes sociais, no qual foi efetuada a Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar na adolescência (EAT-26) e pelo Questionário holandês de comportamento alimentar (QHCA) que foi enviado pela plataforma do Google Formulários para avaliação da prevalência de transtornos alimentares. Com relação aos resultados, observou-se que o estudo apresentou 20,5% apresentam riscos para desenvolver transtornos alimentares, segundo o questionário EAT-26 se destacando a importância de avaliar esses estudantes com mais atenção em relação ao seu comportamento alimentar. E em relação ao questionário QHCA, o estilo alimentar predominante dos avaliados é o estilo alimentar externo, onde percebe-se a relevância que a influência se dá, seja ela familiar, ambiental ou redes sociais e ciclos de amizades. Sendo assim, faz-se necessário a implementação de ações de promoção e manutenção de hábitos alimentares saudáveis e importância sobre a saúde mental e física, com o intuito de melhorar a relação do indivíduo sobre sua imagem corporal, diminuindo consequentemente os casos de transtornos alimentares.

Palavras-chave: adolescência, influência, comportamental.

Abstract

Adolescence is the phase in which physical, behavioral and psychosocial changes begin, as well as transformations related to the formation of self-image. Thus, the objective of the study is to identify the prevalence of eating disorders in adolescents who are in high school and the influence of these disorders. Two questionnaires were applied to both genders, aged between 13 and 18 years, in Vitória, Espírito Santo. The study was approved by the Ethics Committee and all those responsible for the participants signed the free and informed consent form. Data collection was carried out through an online questionnaire that was sent through social networks, in which the Assessment Scale for Eating Behavior in Adolescence (EAT-26) and the Dutch Eating Behavior Questionnaire (QHCA) were carried out. submitted by the Google Forms platform for assessing the prevalence of eating disorders. Regarding the results, it was observed that the study showed that 20.5% are at risk for developing eating disorders, according to the EAT-26 questionnaire, highlighting the importance of evaluating these students more carefully in relation to their eating behavior. And in relation to the QHCA questionnaire, the predominant eating style of those assessed is the external eating style, where one can see the relevance that influence is given, be it family, environmental or social networks and cycles of friendships. Therefore, it is necessary to implement actions to promote and maintain healthy eating habits and the importance of mental and physical health, in order to improve the individual's relationship with his body image, consequently reducing cases of eating disorders.

Keywords: adolescence, influence, behavioral.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase marcada por mudanças físicas, comportamentais e psicossociais e também por transformações relacionadas à formação da autoimagem ¹. Nesse período, o jovem vivencia alterações no âmbito social, psicológico e morfológico. No entanto, essas modificações apresentam variabilidade no tempo, duração e intensidade entre os indivíduos ².

Nesta fase, podem ocorrer mudanças na forma corporal e o aumento do peso é considerado um dos principais fatores de risco relacionado com os distúrbios na alimentação, com isso, o adolescente pode sentir-se mais insatisfeito com sua aparência física por ser influenciado e pressionado pelas tendências sociais e culturais, levando ao surgimento de transtornos alimentares ³.

Transtornos alimentares podem se desenvolver durante qualquer fase da vida, mas geralmente aparecem durante a adolescência ou na idade adulta jovem. Classificados como uma doença médica, o tratamento adequado pode ser altamente eficaz para muitos dos tipos específicos de distúrbios alimentares ⁴.

Os transtornos alimentares (TA) caracterizam-se por severas perturbações no comportamento alimentar que afetam em sua maioria, adolescentes e adultos jovens principalmente do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos, além do aumento de morbidade e mortalidade ⁵.

Diversas complicações estão associadas aos TAs, como o comprometimento da saúde, da qualidade de vida e comorbidades que podem estar associadas ao risco de morte – tanto para pacientes, quanto para pessoas à sua volta ⁴.

A procura pelo corpo perfeito é o que os adolescentes almejam e com esse frequente pensamento, a adolescência passa a ser uma ocasião de risco, onde os transtornos alimentares passam a ser constantes. A etiologia dos transtornos alimentares causa em sua formação uma associação de aspectos sociais, psicológicos e biológicos ⁶.

O mundo virtual é uma realidade para adolescentes de todo o mundo. Consequentemente, é um meio no qual pode ser um facilitador de sintomas de transtornos alimentares. Os transtornos alimentares ocorrem devido a alterações psicológicas e comportamentais e afetam a saúde, principalmente em indivíduos jovens ⁷.

Os transtornos alimentares (TA) têm critérios diagnósticos baseados em características psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Transtornos alimentares descrevem doenças que são caracterizadas por hábitos alimentares irregulares e sofrimento grave ou preocupação com o peso ou a forma do corpo ⁸. No quadro 1 estão as características e descrições de cada tipo de

transtornos alimentares abordados.

Tipos	Características
Anorexia Nervosa	A AN corresponde a uma restrição persistente de ingestão calórica, medo intenso de engordar ou ganhar peso, perda de peso intencional, induzida e mantida pelo próprio indivíduo e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma corporal. Existem dois tipos de AN: o restritivo e o bulímico. No tipo restritivo a pessoa tem baixo peso, decorrente da restrição alimentar, excesso de exercícios físicos e períodos prolongados de jejum.
Bulimia Nervosa	A BN se caracteriza por episódios recorrentes de compulsão alimentar, por comportamentos compensatórios inadequados para impedir o ganho de peso e pela autoavaliação negativa que é influenciada pelo peso e forma corporal. Essa compulsão alimentar normalmente é seguida pela sensação de culpa, fazendo com que pessoas com BN recorram ao vômito auto induzido, ao uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, hormônio tireoideano e anfetaminas) e/ou ao excesso de exercícios físicos.
Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica	Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) se dá por episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por uma ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes, associado a uma sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio. Os principais aspectos notados durante os episódios são: comer mais rapidamente do que o normal, comer até sentir-se desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome, comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida. Pacientes com TCA não possuem comportamento compensatório inapropriado como na Bulimia Nervosa.

Quadro 1 – Tipos de transtornos e suas características. **Fonte:** Adaptado de Julie et al., 2019.

Nos dias atuais, a mídia exerce grande poder na construção da imagem corporal e na formação de padrões estéticos, os quais afetam os adolescentes em sua fase de vulnerabilidade. Considerando essas características e outras relacionadas com a idade, os jovens acabam modificando seus padrões alimentares, tornando-se vulneráveis para o desenvolvimento de transtornos alimentares ¹

Embora essas condições sejam tratáveis, os sintomas e consequências podem ser

prejudiciais e mortais se não forem abordados. Transtornos alimentares comumente coexistem com outras condições, como transtornos de ansiedade, abuso de substâncias ou depressão ⁹.

Estudos epidemiológicos realizados, apresentam relatos de que até 4% da população de estudantes adultos jovens apresentam algum tipo de transtornos alimentares, em meninas adolescentes a prevalência de TA pode alcançar 7% ¹⁰.

Dados revelam um drástico aumento na prevalência de TA relacionado com a obesidade devido as consequências do comportamento alimentar causados pelos transtornos alimentares, como compulsão alimentar, anorexia e bulimia nervosa, e vêm atraindo a atenção da comunidade médica, tendo em vista o aumento de sua prevalência em âmbito mundial ¹¹.

Segundos dados epidemiológicos a incidência da anorexia nervosa (NA) em mulheres jovens pode passar de 1,43 por 100 mil para 50 por 100 mil todos os anos. A prevalência é de 0,5% a 1%, podendo ser maior se consideradas síndromes chamadas parciais, ou seja, casos de pacientes que não apresentam a doença totalmente desenvolvida. Ainda de acordo com esses dados quando comparados entre os sexos a incidência em mulheres jovens é de aproximadamente 8 para cada 100 mil pessoas, e no masculino de 0,5 por 100 mil, respectivamente. Já a prevalência de Bulimia Nervosa (BN) varia de 1,1% e 4,2% e a incidência de 13 por 100 mil indivíduos numa população pareada por ano ¹².

De modo geral, o sexo feminino apresenta maior insatisfação com a imagem corporal comparado ao masculino, assim como maior prevalência de transtornos alimentares de acordo com os dados epidemiológicos supracitados. No que se refere à compulsão alimentar e ao trauma infantil, embora em menor escala quando comparado com os outros TA, diversos estudos observaram esta associação ¹⁴.

A anorexia nervosa é mais prevalente no sexo feminino, perfazendo 95% dos casos, especialmente na faixa etária compreendida entre os 14 e 17 anos. A taxa de mortalidade desta patologia é próxima de 5%, quando associada ao diagnóstico e tratamento tardios. A frequência estimada é de 2 a 4 casos entre mil adolescentes, sendo que este número representa cerca de um quarto dos casos de bulimia nervosa. Embora os critérios diagnósticos diferenciais já se encontrem bem estabelecidos, na prática são muitos os casos onde se apresentam sintomas mistos destas duas categorias ¹⁵.

Já a bulimia nervosa é um distúrbio compulsório pelo ato que se alimentar de maneira irregular ao normal e tão pouco exigidas pelas necessidades corporais, acometendo indução de vômitos auto induzidos, elevando o grau compensatório relacionado aos alimentos ingeridos em uma grande proporção, acolhimento de diuréticos com a intenção de inibição da massa adquirida de maneira irregular e exacerbada ¹⁶.

A Bulimia Nervosa ,encontra-se presente de 1% a 4,2% da população. No sexo feminino corresponde a 90% a 95% do total de casos. Sua taxa de mortalidade nesse transtorno é de 0,3%¹³. Cerca de 90 % dos indivíduos portadores de Transtornos Alimentares são do sexo feminino, com idade entre 14 e 18 anos, sendo que esta faixa etária vem decrescendo para menos de 12 anos¹³.

Para Silva e Batista (2016) os ideais das necessidades corporais se tornam subjetivos e desnecessários na concepção da pessoa em relação ao corpo, pois por conta desse transtorno alimentar, a pessoa acaba rejeitando valores calóricos primordiais para a manutenção vital da estrutura corpórea, por conta de sua autoavaliação visual baseada em preceitos da aceitação em meio social, onde a mesma acaba adotando métodos nada benéficos em sua educação alimentar¹⁶.

Os critérios de diagnóstico são através da apresentação desses sintomas: ingestão compulsiva de uma grande quantidade de alimentos sem necessidade, opção relacionada a compensação imprópria em relação ao consumo exorbitante de alimentação acima da média, e levando a morbidade, incabível maneira de se sentir aliviado com o consumo elevado de alimentação com o teor calórico alto em relação ao necessário ao solicitado pelo corpo¹⁶.

Já na compulsão alimentar, ocorre assim a ingestão de uma grande quantidade de alimento, num período limitado de tempo, acompanhado da sensação de perda de controle sobre o ato¹⁷. O sujeito não consegue controlar a quantidade, tampouco a forma como ocorre a ingestão da comida. Por essas razões, os episódios costumam ocorrer escondidos, sendo interrompidos, apenas, por fatores externos à vontade do sujeito, como no caso da chegada de alguém, do término dos alimentos ou mesmo pelo mal-estar físico decorrente do empanzinamento. Após a compulsão, são intensos os sentimentos de culpa, vergonha e tristeza¹⁷.

Um episódio da compulsão alimentar é caracterizado por uma alimentação, em um curto período de tempo (ou seja, período em torno de duas horas), com uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas poderia comer em um período similar de tempo sob as mesmas circunstâncias. Uma sensação de perda de controle da saciedade (ou seja, um sentimento de não poder parar ou controlar o que se come e ou quanto se está comendo)¹⁸.

Portanto, para ser considerado um episódio de compulsão alimentar, o consumo de alimentos de forma excessiva deve ser acompanhado por uma sensação de falta de controle. A incapacidade de parar de comer ou de evitar comer pode ser considerada como um indicador para uma perda de controle. Conforme exemplo dado no DSM-5, em alguns casos o indivíduo continua comendo de forma compulsiva quando um telefone está tocando, porém ele irá interromper o ato de comer quando um conhecido ou cônjuge adentrar no recinto, pois o

sentimento de vergonha e culpa o dominará ¹⁹. Para o tratamento da Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), muitas das vezes englobam uma equipe multidisciplinar composta por nutricionista, médico e psicólogo que visam, no início, restaurar o peso do paciente. A recuperação do peso está relacionada com a melhora nos sintomas da AN e no restabelecimento das funções física e cognitiva. Essa melhora cognitiva proporcionara uma intervenção psicoterapêutica ²⁰.

Visto que os transtornos estão diretamente ligados à saúde mental dos indivíduos, devido à diversos fatores como os conflitos internos e psíquicos que interferem e comprometem a personalidade. Um dos tratamentos mais relevantes e levados como prioridade são as psicoterapias sendo um dos importantes recursos no acompanhamento desses pacientes, além de reabilitação psicossocial e profissional, dando ênfase no comportamento psicológico e auxiliando-os no sofrimento emocional causado ²¹.

Em relação à compulsão alimentar, devido a esse comportamento de comer compulsivamente, o indivíduo pode sofrer algumas consequências, como por exemplo, a pessoa poderia desenvolver dificuldades sociais, distúrbios emocionais, transtornos psiquiátricos e condições médicas relacionadas a ganho de peso ²².

Em relação aos tratamentos, a linha teórica que mais se mostrou eficaz em casos de transtornos alimentares foi a TCC, que seria a Terapia Cognitivo Comportamental ²³. O plano de tratamento da TCC para transtornos alimentares inclui uma abordagem transdiagnóstica individualizada que leva em conta todos os sintomas psiquiátricos do paciente para além das dificuldades alimentares, incluindo intervenções que visam a adesão ao tratamento nutricional e à psicoeducação sobre os efeitos negativos dos maus hábitos em relação à comida ²³.

O tratamento proposto é composto de quatro estágios que vai desde a psicoeducação e estabelecimento de vínculo terapêutico; passando por mudanças de crenças sobre autoestima e desenvolvimento de controle do comportamento compulsivo; aplicando avaliações de eficácia das técnicas aplicadas; até chegar ao momento final de manutenção de conquistas e prevenção de recaída. Aponta-se que há maior eficácia da TCC em comparação com outras abordagens, principalmente se o tratamento ocorre juntamente com outros profissionais e a família do paciente ²⁴.

Algumas técnicas utilizadas por essa abordagem em tratamentos para compulsão alimentar são a automonitoração, o treinamento de resolução de problemas, e as técnicas de controle de estímulos ²⁴. Além das técnicas já citadas, existem algumas práticas baseadas em evidência que podem ser utilizadas em casos de transtornos alimentares, algumas delas seriam: promover engajamento, psicoeducação, formulação de caso, diário alimentar, pesagem semanal,

mudança alimentar, exposição, realizar experimentos e reestruturação cognitiva ²⁴.

A aplicação dessas técnicas trazidas anteriormente tem se realizado de variadas formas devido ao contexto pandêmico atual, as pessoas passaram a realizar suas terapias de forma virtual, por meio de ligações por vídeo chamadas, mensagem de texto, e-mails, entre outras ferramentas ²³ Mesmo não podendo mais realizar os atendimentos presenciais, as técnicas utilizadas nas sessões não se modificaram e não deixaram de ser eficazes nos tratamentos de pessoas com transtornos alimentares ²³.

É de extrema relevância que o tratamento traga novos objetivos como: uma boa relação terapêutica entre profissionais-adolescentes dando atenção aos seus aspectos emocionais e psicossociais por meio de atendimentos coletivos fazendo com que os indivíduos sintam-se à vontade para se expressarem de maneira geral para a equipe, evitando o desgaste e a interferência de seus familiares ²⁴.

Tendo-se em vista os prejuízos físicos, sociais e psicológicos acarretados pelo desenvolvimento de TA e a necessidade de uma intervenção precoce para o sucesso do tratamento destas patologias, faz-se necessário a identificação dos fatores associados aos TA em adolescentes do ensino médio, visto que é uma fase cheia de mudanças no seu comportamento e que afeta diretamente na alimentação ²⁵.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é identificar a prevalência de transtornos alimentares em adolescentes que estão no ensino médio, e os fatores que influenciam a origem dos transtornos alimentares nessa fase, entre eles os mais conhecidos : anorexia, bulimia e compulsão alimentar.

2 METODOLOGIA

É uma pesquisa de campo descritiva, sendo de caráter transversal e de abordagem quantitativa. Este estudo é caracterizado como quantitativo, pois envolverá mensuração de variáveis pré-determinadas e análise objetiva de dados coletados. Tamanho amostral foi definido por conveniência, no qual foram selecionados 44 indivíduos de ambos os sexos, sendo a coleta de dados realizada entre setembro a outubro de 2022.

Os voluntários foram estudantes do ensino médio no ano de 2022 de Vitória/Espírito Santo, escolhidos de forma aleatória. Foram informados do objetivo deste estudo e que responderiam a dois questionários, um de comportamento alimentar e outro sobre prevalência de transtornos alimentares.

Foram estabelecidos como critério de inclusão neste estudo as seguintes características: indivíduos criança/adolescentes com idade entre 13 a 18 anos que estejam cursando o ensino

médio. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário online que foi enviado por meio das redes sociais, no qual foi efetuada a Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar na adolescência (EAT-26) e pelo Questionário holandês de comportamento alimentar (QHCA) que foi enviado por meio do Google Formulários para avaliação da prevalência de transtornos alimentares. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Católica de Vitória Centro Universitário para análise. Após aprovação, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) para os participantes do estudo, que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa. Os pesquisadores se comprometerão a manter o sigilo dos dados coletados, bem como a utilização destes exclusivamente com finalidade científica. Os indivíduos que participaram do estudo foram informados sobre os procedimentos, dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios do estudo, antes de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo determina a Resolução 196 e 466 do Conselho Nacional de Saúde de 2012 (BRASIL, 2012).

Foi aplicado um questionário de avaliação subjetiva conhecido como EAT- 26 (Relação entre as respostas às questões do EAT-26 e o risco de sintomas de anorexia) (ANEXO 1) e o Questionário holandês de comportamento alimentar (QHCA) de Avaliação do comportamento alimentar na adolescência (ANEXO 2) será aplicado, no qual as respostas necessárias foram coletadas do responsável pelo paciente. O Questionário Holandês de Frequência Alimentar (QHCA) foi validado por Wardle (1987) e traduzido para o português por Almeida, Loureiro e Santos Avalia os estilos alimentares e é composto por 33 questões, divididas em três subescalas: a) alimentação restrita: estilo alimentar relativo ao conhecimento de hábitos nutricionais adequados; b) alimentação emocional: relativo ao estado emocional do indivíduo; e c) alimentação externa: relativo aos atrativos de aroma e sabor dos alimentos, bem como com a alimentação associada às situações sociais. A pontuação máxima possível nesta escala é de 33 pontos. Os itens são avaliados em uma escala de Likert de um (nunca) a cinco (sempre), de acordo com a frequência com que o indivíduo apresenta determinado comportamento. Para obtenção dos escores foi realizado o somatório das pontuações referentes às perguntas de cada subescala e visto qual a subescala predominante de cada avaliado (Viana e Sinde, 2003).

De acordo com o quadro 1, cada questão é referente a uma subescala, que foram divididas em 3 partes.

Subescalas	Questões
Restrição Alimentar	4, 7, 11, 14, 17, 19, 22, 26, 29, 31
Ingestão Emocional	1, 3, 5, 8, 10, 13, 16, 20, 23, 25, 28, 30, 32
Ingestão Externa	2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 33

Quadro 2 – Distribuição das questões de acordo com as subescalas. **Fonte:** Viana e Sinde 2003.

O EAT-26 é um questionário de auto relato composto por 26 questões com opções de respostas do tipo likert (sempre, muito frequente, frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca), onde: sempre = 3 pontos, muito frequentemente = 2 pontos, frequentemente = 1 ponto e nunca = 0 pontos. Um questionário de avaliação subjetiva conhecido como EAT- 26 (Relação entre as respostas às questões do EAT-26 e o risco de sintomas de anorexia) (ANEXO 1) e o Questionário holandês de comportamento alimentar (QHCA) de Avaliação do comportamento alimentar na adolescência (ANEXO 2) será aplicado, no qual as respostas necessárias foram coletadas do responsável pelo paciente. Com respostas que pontuam de zero a três. A pontuação final do questionário pode variar de 0 a 78 pontos e o ponto de corte utilizado foi 21. Desta forma, considera-se que as adolescentes que obtiveram 21 ou mais pontos apresentam risco de transtornos alimentares, e as que obtiveram menos não apresentam risco. Os dados referentes aos sintomas de anorexia nervosa foram coletados utilizando-se o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). Para avaliar e chegar a uma conclusão sobre o comportamento do paciente, o questionário possibilita uma contagem que varia conforme a resposta para que o valor de cada resposta seja somado e, ao final, o número conclua o diagnóstico do paciente ²⁶.

3 RESULTADOS

Foram analisados os dados de 44 adolescentes de idade entre 13 a 18 anos, de ambos os gêneros. Do total de estudantes analisados, os resultados obtidos pelo EAT-26 mostrou que 20,5% dos estudantes apresentam comportamento sugestivo de transtorno alimentar (tabela 1).

Tabela 1 – Resultado total questionário EAT 26

classificação	EAT -26	
	n	%
sem risco	35	79,5%
com risco	9	20,5%

Legenda: n= número de participantes

No que concerne a caracterização dos itens da escala EAT-26 (Tabela 2), observa-se que 18,2% (n= 8) dos adolescentes referiram gostar de estar de estômago vazio. Verifica-se também que no item “vômito após as refeições, 4,5% constatou que sempre ou frequentemente, e 36,4% constatou as vezes. Houve maior percentual de adolescentes que referiram frequentemente a uma elevada ingestão alimentar” (27,3%; n=12), “comer menos propositalmente para não aumentar de peso” (20,6%; n=9). Além disso, no item “sinto que a comida controla minha vida” 31,8% constatou que sempre ou frequentemente e nos itens “Demonstro autocontrole sobre a

comida” 29,55% constatou que nunca ou raramente.

Tabela 2- Respostas ao questionário EAT-26

Questões	S		MF		F		AV		R		N	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Costumo fazer dieta	-	-	3	6,8	5	11,4	6	13,6	2	27,3	8	40,9
Como alimentos dietéticos	1,0	2,27	4	9,09	6	13,6	5	11,3	1	25,0	7	29,5
Sinto-me mal após comer doces	2	4,55	3	6,82	5	11,3	0	22,7	1	25	3	5
Gosto de experimentar novas comidas engordantes?	6	13,6	9	20,4	9	20,4	1	18,1	8	18,1	1	2,27
Evito alimentos que contenham açúcar?	1	2,27	-	-	4	9,09	5	11,3	4	31,8	0	22,7
Evito alimentos com alto teor de CARBOIDRATOS (pão, batata, arroz) ?	-	-	1	2,27	2	4,55	8	18,1	9	20,4	4	54,5
Estou preocupado com o desejo de ser mais magro (a) ?	7	15,9	3	6,82	3	6,82	0	22,7	8	18,1	3	29,5
Gosto de estar de estômago vazio?	1	2,27	5	11,3	2	4,55	7	15,9	1	25	8	40,9
Quando faço exercícios, penso em queimar calorias?	10	22,7	2	4,55	2	4,55	0	22,7	3	29,5	7	15,9
Sinto-me extremamente culpado depois de comer?	4	9,09	3	6,82	1	2,27	1	15,9	7	15,9	8	40,9
Fico apavorado com o excesso de peso?	6	13,6	3	6,82	4	9,09	6	13,6	8	18,1	7	38,6
Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no seu corpo?	9	20,4	2	4,55	2	4,55	6	13,6	0	22,7	5	11,3
Sei quantas calorias tem nos alimentos que eu como	-	-	-	-	6	13,6	4	22,7	6	13,6	2	50,0
Tenho vontade de vomitar após as refeições	2	4,55	-	-	2	4,55	5	11,3	9	20,4	6	59,0
Já passei por situações em que comi demais e achou que não conseguiria parar?	5	11,3	1	2,27	3	6,82	8	18,1	3	29,5	4	31,8
Passo muito tempo pensando em comida?	3	6,82	1	2,27	1	2,27	0	22,7	2	27,2	7	15,9
Acho-me uma pessoa preocupada com a comida	4	9,09	3	6,82	1	2,27	0	22,7	2	27,2	4	9,09
Sinto que a comida controla minha vida?	-	-	2	4,55	5	11,3	7	15,9	0	22,7	0	45,4
Corto minha comida em pedaços pequenos?	-	-	3	6,82	5	11,3	0	45,4	-	-	6	36,3
Levo mais tempo do que os outros para comer?	8	18,1	5	11,3	3	6,82	6	13,6	5	34,0	7	15,9
As outras pessoas acham que sou magro demais?	6	13,6	5	11,3	4	9,09	4	20,4	9	20,4	6	36,3
Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais	6	13,6	4	9,09	1	2,27	9	20,4	8	18,1	6	36,3

Sinto que os outros me pressionam para comer	4	9,09	2	4,55	3	6,82	1	25	0	3	4	2
								20,4		11,3	2	59,0
Evito comer quando estou com fome	1	2,27	1	2,27	2	4,55	9	5	5	6	6	9
Demonstro autocontrole sobre a comida	6	4	5	6	6	4	4	2	7	1	6	4
Você tem desejo de comer quando se sente irritado (a)?	-	-	2	7	4	9,09	1	25	0	3	7	1

Legenda: S= sempre MF= muito frequente F= frequentemente AV= às vezes R= raramente N= nunca

Em relação ao QHCA, a análise do comportamento alimentar demonstrou médias mais elevadas dos atribuídos ao estilo alimentar externo em relação ao estilo alimentar emocional e restritivo conforme na tabela 3.

Tabela 3- Média predominante por subescala

classificação	QHCA	
	n	%
estilo alimentar emocional	12	27,3%
estilo alimentar restritivo	10	22,7%
estilo alimentar externo	22	50,0%

Legenda: n= número de pessoas

Na Tabela 4 estão demonstradas as frequências de respostas de cada questionamento pertencente ao estilos alimentar emocional. Observa-se também, que 31,8% (n= 14) dos adolescentes referiram desejo de comer quando se sentem ansiosos.

Tabela 4- Frequência de respostas do questionamento relacionado ao estilo alimentar emocional

Questões	A	B	C	D	E
Tem desejo de comer quando	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
... se sente irritado	12 (27,3)	4 (9,1)	11 (25)	10 (22,7)	7 (15,9)

... não tem nada para fazer	1 (2,3)	10 (22,7)	13 (29,5)	9 (20,4)	11 (25)
... se sente deprimido (a) ou desanimado (a)	5 (11,4)	13 (29,5)	8 (18,2)	9 (20,5)	9 (20,5)
... se sente sozinho (a)	9 (20,5)	3 (6,8)	15 (34,1)	11 (25)	6 (13,6)
... alguém o (a) deixa “pra baixo	12 (27,3)	9 (20,5)	10 (22,7)	5 (11,4)	8 (18,2)
... se sente zangado (a)	13 (29,5)	8 (18,2)	9 (20,5)	5 (11,4)	9 (20,5)
... alguma coisa desagradável parece estar prestes a acontecer	13 (29,5)	13 (29,5)	11 (25)	2 (4,5)	5 (11,4)
... se sente ansioso (a), preocupado (a) ou tenso (a)	6 (13,7)	8 (18,2)	8 (18,2)	8 (18,2)	14 (31,8)
... as coisas não estão indo bem	10 (22,7)	8 (18,2)	16 (36,4)	3 (6,8)	7 (15,9)
... se sente impaciente	12 (27,3)	8 (18,2)	12 (27,3)	3 (6,8)	9 (20,5)
... se sente aborrecido	12 (27,3)	9 (20,5)	11 (25)	4 (9,1)	8 (18,2)
... quando se sente amedrontado	22 (50)	9 (20,5)	6 (13,6)	2 (4,5)	5 (11,4)
... quando se sente desapontado (a) ou desiludido (a)	17 (38,6)	7 (15,9)	9 (20,5)	3 (6,8)	8 (18,2)

Legenda: S= sempre MF= muito frequente F= frequentemente AV= às vezes R= raramente N= nunca

Na Tabela 5 estão demonstradas as frequências de respostas de cada questionamento pertencente ao estilos alimentar restritivo. Verifica-se também que no comportamento restritivo (Tabela 5) houve maior percentual de adolescentes que referiram frequentemente e muito frequente “comer menos no dia seguinte a uma elevada ingestão alimentar” (27,3%; n=12), “comer menos propositalmente para não aumentar de peso” (20,6%; n=9), “pensar no peso que apresenta na hora de escolher o que irá comer” (15,9%; n=7) e “não comer entre as grandes refeições para controlar o ganho de peso” (18,2%; n=9). Além disso, houve um maior percentual na pergunta “se a comida cheira bem, você come mais do que o habitual” (52%; n=23).

Tabela 5- Frequência de respostas do questionamento relacionado ao estilo alimentar restritivo

Questões	A	B	C	D	E
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)

Se o seu peso aumenta, você come menos do que o habitual	11 (25)	6 (13,6)	12 (27,3)	10 (22,7)	5 (11,4)
Você recusa comida ou bebidas, por estar preocupado (a) com seu peso	13 (29,5)	17 (38,6)	8 (18,2)	2 (4,5)	4 (9,1)
Durante as refeições, você tenta comer menos do que gostaria de comer	12 (27,3)	15 (34,1)	8 (18,2)	5 (11,4)	4 (9,1)
Você controla rigorosamente o que come	17 (38,6)	13 (29,5)	8 (18,2)	6 (13,6)	-
Você come, propositadamente, alimentos pouco “engordativos”	9 (20,4)	13 (29,5)	13 (29,5)	6 (13,6)	3 (6,8)
Quando come demais em um dia, você procura comer menos no dia seguinte	7 (15,9)	8 (18,2)	17 (38,6)	7 (15,9)	5 (11,4)
Você come menos, propositadamente, para não aumentar o seu peso	14 (31,8)	11 (25)	10 (22,7)	4 (9,1)	5 (11,4)
Você evita comer entre as refeições porque está controlando o peso	16 (36,4)	10 (22,7)	9 (20,4)	4 (9,1)	5 (11,4)
Você tenta não comer, fora das refeições, porque está controlando o peso	17 (38,6)	12 (27,3)	7 (15,9)	4 (9,1)	4 (9,1)
Você leva em consideração o seu peso, quando escolhe o que vai comer	19 (43,2)	10 (22,7)	8 (18,2)	2 (4,5)	5 (11,4)

Legenda: S= sempre MF= muito frequente F= frequentemente AV= às vezes R= raramente N= nunca

Quanto à ingestão externa, verifica-se através da tabela 6, no qual frequentemente 27,3% (n=12) “sentem vontade de comprar para comer alimentos quando passam próximo a confeitarias”. Ademais, 50% (n=22) referiram que às vezes ou frequentemente “comem de imediato algo delicioso quando o veem” e 50% (n=22) costumam ingerir algo enquanto estão na cozinha durante o preparo dos alimentos.

Tabela 6- Frequência de respostas do questionamento relacionado ao estilo alimentar externo

Questões	A	B	C	D	E
----------	---	---	---	---	---

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Se a comida lhe parece apetitosa, você come mais do que o habitual	8 (18,2)	2 (4,5)	15 (34,1)	13 (29,5)	6 (13,6)
Se a comida cheira bem ou tem bom aspecto, você come mais do que o habitual	2 (4,5)	2 (4,5)	17 (38,6)	13 (29,5)	10 (22,7)
Se você vê ou sente o aroma de algo muito gostoso, sente desejo de comer	-	2 (4,5)	14 (31,8)	21 (47,7)	7 (15,9)
Se você tem alguma coisa muito saborosa para comer, come-a de imediato	1 (2,27)	4 (9,1)	17 (38,6)	12 (27,3)	10 (22,7)
Quando passa por uma padaria, sente vontade de comprar algo gostoso	2 (4,5)	7 (15,9)	14 (31,8)	12 (27,3)	9 (20,4)
Se vê alguém comendo, sente também desejo de comer	2 (4,5)	10 (22,7)	20 (45,4)	6 (13,6)	6 (13,6)
Você consegue deixar de comer alimentos muito apetitosos	8 (18,2)	11 (25)	19 (43,2)	4 (9,1)	2 (4,5)
Quando você passa por uma confeitaria ou lanchonete, sente desejo de comer alguma coisa gostosa	2 (4,5)	4 (9,1)	16 (36,4)	14 (31,8)	8 (18,2)
Você come mais do que o habitual quando vê alguém comendo	17 (38,6)	10 (22,7)	9 (20,4)	5 (11,4)	3 (6,8)
Quando você prepara uma refeição, sente desejo de petiscar alguma coisa	1 (2,27)	7 (15,9)	14 (31,8)	11 (25)	11 (25)

Legenda: S= sempre MF= muito frequente F= frequentemente AV= às vezes R= raramente N= nunca

4 DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, verificou-se através do questionário EAT-26 que na amostra avaliada de adolescentes, 20,5% apresentam riscos para desenvolver transtornos alimentares, o que para alguns autores como Castro e Goldrstein (1995) fizeram um estudo internacional com 1250 adolescentes, e encontraram 20% com EAT. Pastore et al. (1996) avaliaram 3070 mulheres em Nova 177 Revista Fafibe On-Line, Bebedouro SP, 9 (1): 166-181, 2016. York e obtiveram 15% de EAT. Dunker e Philippi (2003), em um estudo com 279 moças, identificaram que 21,1% possuíam sintomatologia para Tas. Diante desses estudos vimos que, os resultados desses estudos apresentam grande semelhança em porcentagem, não tendo assim, uma diferença significativa ²⁷.

Outro realizado com 323 adolescentes escolares, o qual identificou que 21,7% dos avaliados apresentaram risco para desenvolvimento de TAs ²⁸. Um estudo realizado com escolares verificou prevalência de 29,9% de risco para TAs em uma amostra de 284 indivíduos e ainda, que, 62% apresentaram insatisfação corporal ²⁸.

Já um outro estudo realizado com 365 adolescentes do sexo feminino observou que 41,6% (n=152) da amostra apresentou resultado do EAT-26 maior que 21 pontos, o que representa risco para desenvolvimento de TAs ²⁹. É importante ressaltar que a presença de risco para TAs não

caracteriza diagnóstico de transtornos de ordem alimentar, porém evidencia a suscetibilidade para o desenvolvimento dessas patologias ²⁸.

Ainda sobre a presente pesquisa, verificou-se na amostra avaliada de adolescentes um predomínio dos estilos alimentares externo, ou seja, uma alta taxa de influência é levado esses adolescentes a um mal comportamento alimentar. Além dos resultados deste estudo podem confirmar um grupo consideravelmente alta para riscos de desenvolvimento de transtornos alimentares.

Entretanto, alguns estudos demonstraram que a mídia tem uma grande influência nessa percepção de auto-imagem nos adolescentes. Além disso, foram apontados diversos possíveis fatores de proteção que podem influenciar de maneira positiva a relação de adolescentes com o uso de redes sociais, como o empoderamento de meninas adolescentes, envolvimento parental e a influência do ambiente escolar ³⁰.

A incidência de insatisfação corporal é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares durante a adolescência, e os resultados encontrados nesta pesquisa foi de extrema relevância para analisar o comportamento alimentar nessa fase da vida, e, assim como sintomas de AN e BN ³¹.

Em estudo com 527 meninas e 484 meninos comparou os sexos ao analisar a influência dos meios de comunicação de massa na insatisfação corporal e nos transtornos alimentares em adolescentes. De acordo com os autores a influência da mídia de massa está associada a uma maior probabilidade de adolescentes apresentarem insatisfação corporal. Um aumento na insatisfação corporal está associado a um risco aumentado de desenvolver transtorno alimentar em adolescentes de ambos os sexos, mas é maior em meninas do que em meninos ³².

A mídia social pode levar ao desenvolvimento de níveis de perfeccionismo, insatisfação corporal, foco excessivo na imagem, perda de peso e baixa autoestima, todos esses fatores contribuindo diretamente para o surgimento de transtornos alimentares em adolescentes ³³.

O estudo de Aparicio-Martinez et al. (2019) em que abordaram 168 adolescentes do sexo feminino e verificou-se que 48,7% possuíam baixa satisfação corporal e 93% delas gostariam de alterar alguma área do corpo. Após a aplicação de testes de atitudes alimentares (EAT-26) foram encontrados os seguintes resultados: desejo de corpo magro, menor nível de autoestima, maior número de contas em mídias sociais e maior importância dada às redes sociais ³⁴.

Esses resultados obtidos confirmam uma cobrança sobre as mulheres, sobretudo as mais jovens, que são ensinadas a manter um ideal de beleza muitas vezes inalcançável (Madureira, 2018) Segundo Izydorczyk et al. (2020) a mídia influencia majoritariamente as mulheres mais jovens, sobretudo no final da adolescência. A variável mais significativa é a busca pela magreza

em meninas com idade entre 12 e 15 anos e 21 e 29 anos seguida da insatisfação corporal que ocorre predominantemente entre os 12 a 15 anos ³⁴.

Dessa forma, pode ser observado que a sociedade e seus padrões de beleza estabelecidos funcionam como espelho para o indivíduo, que busca em outras pessoas a validação de si mesmo, porém quase sempre com uma visão distorcida da realidade e das reais possibilidades de se alcançar o “corpo perfeito” ³⁴.

Dumith aponta que a insatisfação corporal ocorre quando um adolescente deseja que seu corpo seja diferente da forma como ele o percebe e o avalia negativamente ³⁵. Inda acrescentam que há sites que induzem estes jovens a terem certas atitudes incorretas e purgativas que promovem o padrão rígido de magreza ³⁵.

Contextualizando tal fator, o DSM-V define que o período da adolescência é mais prevalente para o surgimento de Transtornos Alimentares, tais como os sintomas de Anorexia Nervosa e Bulimia, principalmente entre o final e o início da vida adulta, com picos entre 14 (quatorze) e 18 (dezoito) anos ³⁶.

Um estudo que corrobora com as concepções dos autores supracitados, diz respeito à análise realizada por Lira, na qual participaram 594 (quinhentos e noventa e quatro) adolescentes. A amostra foi composta em sua maioria por adolescentes com idade entre 15 (quinze) e 19 (dezenove) anos, tendo características estróficas ³⁵.

O estudo revelou que 80% das adolescentes encontraram insatisfação corporal, com maior frequência entre aquelas com sobrepeso e obesidade, sendo relatado por elas que as redes sociais eram fontes de informação sobre o que é um corpo saudável e influenciavam na percepção e relação com o corpo ³⁵.

Nesse contexto, estudos também apontam que meninas com sobrepeso e obesidade sofrem mais a pressão para se encaixarem em modelos e padrões de beleza, de forma que é perceptível o quanto a mídia a todo momento atua e reforça maneiras de atingir o corpo “ideal”, principalmente as indústrias de beleza que criam desejos e reforçam imagens de forma que o corpo se associa com o consumo ³⁵.

Observa-se que tais condições estão comumente relacionadas às causas dos transtornos alimentares. Assim, na adolescência são evidentes a anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtornos da compulsão alimentar. “A anorexia nervosa tem três características essenciais: restrição persistente da ingestão calórica; medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma.” O paciente com anorexia enfatiza a imagem corporal, apresentando insatisfação com o seu corpo, o que resulta em mudança na alimentação,

isolamento e falta de interesse em outros assuntos ³⁷.

Embora a família seja um importante determinante na formação dos hábitos alimentares, não se pode deixar de mencionar que outros fatores que não foram avaliados nesta revisão, como a escola, as condições socioeconômicas e culturais, que influenciam no comportamento alimentar e imagem corporal destes jovens, e consequentemente, afetam o indivíduo na fase adulta ³⁸.

A partir dessas considerações, se destaca a importância da realização de mais estudos neste eixo temático, ampliando o entendimento do tema e fortalecendo o desenvolvimento de intervenções para minimizar as consequências negativas na saúde de adolescentes.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou um número significativo de adolescentes com riscos de desenvolvimento de transtornos alimentares segundo o questionário EAT-26. E em relação ao questionário QHCA, o estilo alimentar predominante dos avaliados é o estilo alimentar externo, onde percebe-se a importância da implementação de ações de promoção e manutenção de hábitos alimentares saudáveis e importância sobre a saúde mental e física, com o intuito de melhorar a relação do indivíduo sobre sua imagem corporal, diminuindo consequentemente os casos de transtornos alimentares.

Sendo assim faz-se necessário a atuação constante do nutricionista sobre essa população, em conjunto com as escolas e apoio familiar.

Ressalta-se a importância de outros estudos com temática proposta, especialmente em adolescentes que frequentam o ensino médio, possibilitando dessa forma analisar causas e consequências relacionadas ao comportamento alimentar e os riscos para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

6 REFERÊNCIA

1. BITTAR, C., SOARES, A. Mídia e comportamento alimentar na adolescência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, p. 291-308, 2020.
2. FORTES, Leonardo de Sousa; MORGADO, Fabiane Frota da Rocha; FERREIRA, Maria Elisa Caputo. Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 40, p. 59-64, 2013.
3. DA SILVA ALBINO, Edvânia Bezerra; DE MACÊDO, Érika Michelle Correia. Transtornos alimentares na adolescência: uma revisão de literatura. **Veredas Favip-Revista Eletrônica de Ciências**, v. 7, n. 1, p. 108-129, 2014.
4. PECHANSKY, Flavio et al. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: adolescentes, idosos, mulheres e indígenas. **Curso EAD SUPERA. Brasília, DF: MJC, 2017. Módulo 1, Capítulo 4, p. 71-92, 2017.**
5. VILELA, Luiza Amaral et al. Avaliação das atitudes relacionadas á escolha alimentar de pacientes com transtornos alimentares Evaluation of attitudes related to food choice in patients with eating disorders. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 3, p. 20332-30347, 2022.
6. GUIMARÃES ROSA, Vanessa. ANOREXIA E BULIMIA EM ADOLESCENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. 2019.
7. LOPES, Áurea Karolina Araújo; TAVARES, Fábio Henrique Leite; REIS, Naíla Barbosa. Pregorexia: uma reflexão sobre a influência das mídias sociais na autoimagem e no desenvolvimento de transtornos alimentares na gravidez. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e399111436288-e399111436288, 2022.
8. WEINBERG, Cybelle. **Transtornos alimentares na infância e na adolescência: Uma visão multidisciplinar**. Sá Editora, 2019.
9. SANTOS, Andrea Haetinger dos. **Entre o trago e a tragada: o vício nas drogas e suas consequências na relação de emprego**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso.
10. VALE A., et al. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 121-132, 2011.
11. DE OLIVEIRA, Flavia Lana Garcia; DOS SANTOS, Tania Coelho. **Intervenções psicanalíticas no campo da saúde: inovações no tratamento de transtornos alimentares**. Editora Autografia, 2022.
12. SOUSA, Francisco das Chagas Araújo et al. Estudo do estado nutricional, imagem corporal e atitudes para transtornos alimentares em acadêmicas de nutrição. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n. 31, 2020.
13. LIMA, Bianca Barbosa et al. Bulimia e a influência da nutrição comportamental. 2021.

14. SOUSA, Francisco das Chagas Araújo et al. Estudo do estado nutricional, imagem corporal e atitudes para transtornos alimentares em acadêmicas de nutrição. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n. 31, 2020.
15. CORRÊA, Rafaela da Silveira. Fatores de risco para transtornos do comportamento alimentar em adolescentes estudantes de ballet clássico de Porto Alegre, RS. 2010.
16. MARQUES, Maxiwillen Rocha; SANCHES, Milton Davi Pires; DE SALES FERREIRA, José Carlos. A INFLUÊNCIA DA MÍDIA SOCIAL NO DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 2, n. 5, p. e25358-e25358, 2021.
17. VIANNA, Monica; NOVAES, Joana Vilhena. Compulsão alimentar: uma leitura psicanalítica. **Polêmica**, v. 19, n. 2, p. 084-103, 2019.
18. GOMES, Sócrates Belém et al. Evolução histórica dos conceitos e critérios diagnósticos da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar: uma revisão de literatura. **Diálogos Interdisciplinares em Psiquiatria e Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 60-69, 2021.
19. AZEVEDO, Livia Dayane Sousa. **Compulsão alimentar em mulheres: padrão do consumo de bebidas alcoólicas e qualidade da alimentação**. 2021. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
20. OLIVEIRA, Júlia Liz da Silva. Equipe multidisciplinar no tratamento de distúrbios alimentares em adolescentes: análise e benefício.
21. SILVA, Elisa Alves da. Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des) cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-GO. 2007.
22. RODRIGUES, Letícia Aparecida. Análise dos transtorno alimentares: anorexia, bulimia e compulsão alimentar em indivíduos com diagnóstico de obesidade.
23. LEITE, Júlia; ANDRADE, Alana. PANDEMIA DE COVID-19 E COMPULSÃO ALIMENTAR: POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO COM A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC). **CADERNOS DE PSICOLOGIA**, v. 3, n. 5, 2022.
24. MARQUES, Eunaihara Ligia Lira; DE OLIVEIRA BALDESSIN, Alessandra. OBESIDADE ASSOCIADA AO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA: BREVE APORTE DO TRATAMENTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.
25. CORRÊA, Rafaela da Silveira. Fatores de risco para transtornos do comportamento alimentar em adolescentes estudantes de ballet clássico de Porto Alegre, RS. 2010.
26. MARTINS, Cilene Rebolho; PETROSKI, Edio Luiz. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. **Motricidade**, v. 11, n. 2, p. 94-106, 2015.

27. BATISTA, Elaine Aparecida; BAILÃO, Marina Silva. Avaliação do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes da cidade de Bebedouro SP. **Revista Fafibe on-line**, v. 20, n. 1, p. 166-177, 2016.
28. BIOLCHI, Angela Marina Radaelli; BRUCH-BERTANI, Juliana Paula. Relação entre o risco de transtorno alimentar com o estado nutricional e insatisfação corporal de adolescentes. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 16, n. 100, p. 137-146, 2022.
29. BIGHETTI, Felícia. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**. 2003. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
30. SANTOS, Jocimara Ribeiro dos; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 16, p. 411-425, 2003.
31. COBELO, Alicia Isabel Weisz de. **Insatisfação com a imagem corporal e sintomas de transtorno alimentar, em mães de adolescentes com transtornos alimentares**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
32. PATR, Deisi et al. Imagem corporal e risco para desenvolvimento de transtornos alimentares: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Perspectiva**, v. 45, n. 169, p. 115-127, 2021.
33. MARTINS, Isabela Prado et al. Frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares entre universitários. 2018.
34. LOPES, Paula Alvim; TRAJANO, Larissa Alexsandra da Silva Neto. Influência da mídia nos Transtornos Alimentares em adolescentes: Revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e20910111649-e20910111649, 2021.
35. SILVA, Ana Luisa; CASTRO, Bruna; NORMANHA, Gabriela. O Impacto das mídias sociais sobre a insatisfação corporal e o risco de Transtornos Alimentares em adolescentes: Uma revisão de literatura. 2022.
36. SANTANA, Felipe Pinheiro. Relação entre atividade física e prevalência de transtornos alimentares e de imagem corporal na mulher. 2019.
37. DOS SANTOS, Andréia Mendes. **A imagem do corpo: reflexões contemporâneas e interdisciplinares**. Editora da PUCRS, 2022.
38. REGO, Giulia Avino; CHAUD, Daniela Maria Alves. DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA. **Vita et Sanitas**, v. 16, n. 1, p. 95-111, 2022.
39. Bighetti F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT – 26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP. 2003. [Dissertação], São Paulo: USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2003:123f.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO EAT-26 e o risco de sintomas de anorexia (EAT+) traduzido para o português

Questão EAT	Odds Ratio	IC 95%	Significância
1. Costumo fazer dieta	15,8	6,9-36,1	*
2. Como alimentos dietéticos	6,2	2,5-15,3	*
3. Sinto-me mal após comer doces	5,8	2,3-14,9	*
4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes	1,5	0,7-3,0	
5. Evito alimentos que contenham açúcar	12,7	4,5-35,9	*
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.)	17,5	7,1-43,2	*
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)	5,5	2,9-10,5	*
8. Gosto de estar com o estômago vazio	8,7	3,6-20,7	*
9. Quando faço exercício penso em queimar calorias	8,2	3,7-17,9	*
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer	7,8	3,9-15,6	*
11. Fico apavorado(a) com excesso de peso	7,9	4,2-15,2	*
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo	11,6	5,6-24,1	*
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como	9,2	4,6-18,4	*
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições	8,7	1,7-44,2	*
15. Vomito depois de comer	0,89	0,86-0,92	
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar	3,8	1,5-9,6	*
17. Passo muito tempo pensando em comida	1,7	0,8-3,5	
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida	8,3	4,4-15,7	*
19. Sinto que a comida controla minha vida	4,9	2,5-9,7	*
20. Corto minha comida em pedaços pequenos	5,7	3,0-10,7	*
21. Levo mais tempo que os outros para comer	3,6	2,0-6,7	*
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais	2,3	1,2-4,4	*
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais	5,5	2,9-10,5	*
24. Sinto que os outros me pressionam a comer	9,6	4,7-19,3	*
25. Evito comer quando estou com fome	15,7	6,5-37,9	*
26. Demonstro autocontrole em relação à comida	3,0	1,6-5,6	*

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO HOLANDÊS DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR - Form. nº 09/ C

1. Você tem desejo de comer quando se sente irritado (a)? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
2. Se a comida lhe parece apetitosa, você come mais do que o habitual? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
3. 03. Sente desejo de comer quando não tem nada para fazer? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
4. 04. Se o seu peso aumenta, você come menos do que o habitual? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
5. 05. Tem desejo de comer quando se sente deprimido (a) ou desanimado (a)? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
6. 06. Se a comida cheira bem ou tem bom aspecto, você come mais do que o habitual? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
7. 07. Você recusa comida ou bebidas, por estar preocupado (a) com seu peso? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
8. 08. Tem desejo de comer quando se sente sozinho (a)? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
9. 09. Se você vê ou sente o aroma de algo muito gostoso, sente desejo de comer? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
10. Sente desejo de comer quando alguém o (a) deixa “pra baixo”? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
11. Durante as refeições, você tenta comer menos do que gostaria de comer? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
12. Se você tem alguma coisa muito saborosa para comer, come-a de imediato? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
13. Tem desejo de comer quando se sente zangado (a)? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
14. Você controla rigorosamente o que come? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
15. Quando passa por uma padaria, sente vontade de comprar algo gostoso? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável parece estar prestes a acontecer? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente

17. Você come, propositadamente, alimentos pouco “engordativos”? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
18. Se vê alguém comendo, sente também desejo de comer? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
19. Quando come demais em um dia, você procura comer menos no dia seguinte? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso (a), preocupado (a) ou tenso (a)? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
21. Você consegue deixar de comer alimentos muito apetitosos? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
22. Você come menos, propositadamente, para não aumentar o seu peso? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
23. Sente desejo de comer quando as coisas não estão indo bem? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
24. Quando você passa por uma confeitaria ou lanchonete, sente desejo de comer alguma coisa gostosa? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
25. Tem desejo de comer quando se sente impaciente? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
26. Você evita comer entre as refeições porque está controlando o peso? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
27. Você come mais do que o habitual quando vê alguém comendo? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
28. Você tem desejo de comer quando se sente aborrecido (a)? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
29. Você tenta não comer, fora das refeições, porque está controlando o peso? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado (a)? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
31. Você leva em consideração o seu peso, quando escolhe o que vai comer? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado (a) ou desiludido (a)? Nunca / raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente
33. Quando você prepara uma refeição, sente desejo de petiscar alguma coisa? Nunca /

raramente / às vezes / frequentemente / muito frequentemente

Escalas Questões
Restrição Alimentar 4, 7, 11, 14, 17, 19, 22, 26, 29, 31
Ingestão Emocional 1, 3, 5, 8, 10, 13, 16, 20, 23, 25, 28, 30, 32
Ingestão Externa 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 33

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação do comportamento alimentar e a prevalência de transtornos alimentares em adolescentes no ensino médio.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Luciene Rabelo Pereira

OBJETIVOS, JUSTIFICATIVA E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um RELATO DE CASO. Esse tipo de pesquisa é importante porque destaca alguma situação incomum e/ou fato inusitado do comportamento de uma doença e/ou outra condição clínica. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o relato de caso e solicitar a sua permissão para que o mesmo seja publicado em meios científicos como revistas, congressos e/ou reuniões científicas de profissionais da saúde ou afins.

O objetivo desta pesquisa é relatar um caso e/ou situação clínica específica que ocorreu, a saber, dessa forma o objetivo deste estudo é identificar a prevalência de transtornos alimentares em adolescentes que estão no ensino médio, e os fatores que influenciam a origem dos transtornos alimentares nessa fase, entre eles os mais conhecidos : anorexia, bulimia e compulsão alimentar. Se o(a) Sr.(a) aceitar esse relato de caso, os procedimentos envolvidos em sua participação serão em responder dois questionários online enviado via Google forms, [Um questionário de avaliação subjetiva conhecido como EAT- 26 (Relação entre as respostas às questões do EAT-26 e o risco de sintomas de anorexia) (ANEXO 1) e o BITE- Questionário holandês de comportamento alimentar (QHCA) de Avaliação do comportamento alimentar na adolescência (ANEXO 2) será aplicado, no qual as respostas necessárias foram coletadas e analisadas.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: Os riscos são mínimos e os possíveis desconfortos poderão acontecer durante o preenchimento do questionário.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: Os participantes não terão nenhum benefício. Todavia, os participantes poderão contribuir para a área científica, já que a pesquisa será um objeto para ampliar o conhecimento na área de nutrição comportamental e transtornos alimentares.

ANÁLISE ÉTICA DO PROJETO: O presente projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católico de Vitória, cujo endereço é Av. Vitória n. 950, Bairro Forte São João, Vitória (ES), CEP 29017-950, telefone (27) 33318516.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar o(a) pesquisador(a) Luciene Rabelo Pereira, pelo telefone do trabalho (27) 33318516, e também no endereço Av. Vitória n. 950, bairro Forte São João, Vitória - ES, CEP 29017-950. Além disso poderá enviar um e-mail para o endereço lucienrabel@gmail.com.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento, o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada a pesquisa e pelo patrocinador (quando for o caso). Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE VOLUNTÁRIO: Eu,

_____, portador da Carteira de identidade nº _____, expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Afirmando também que recebi viado igual teor e forma desse documento por mim assinado.

DATA: _____/_____/_____

Assinatura do Participante Voluntário

Luciene Rabelo Pereira

Assinatura do Pesquisador Responsável